ROK IV WARSZAWA 1930 LUTY ZESZYT II

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

TADEUSZ ZAWODZIŃSKI.

Wrażenia z pobytu w Klinikach francuskich.

Wycieczka moja podjęta na jesieni r. 1929 miała głównie na celu zapoznanie się z obecnym stanem kwestji wydzielania wewnętrznego w ginekologji pod względem biologicznym i doświadczalnym. Pozwoliło mi to jednocześnie odwiedzić niektóre kliniki zagraniczne francuskie i niemieckie, głównie ich sale operacyjne i oto chciałbym na tym miejscu podzielić się garścią spostrzeżeń czy wrażeń, jakie stamtąd wyniosłem. Nie pretendują one bynajmniej na głębokość, ani oryginalność, ot poprostu wydaje mi się, że przypomnienie sobie od czasu do czasu, przejrzenie innych nieco metod postępowania lekarskiego wpływa dobrze na ożywienie zainteresowania do naszej własnej wiedzy i techniki leczniczej.

Pierwsza rzecz, jaka uderza przy wejściu do kliniki francuskiej, to panujący zwłaszcza na sali operacyjnej istotny ład, znakomita organizacja pracy. Cicho, spokojnie, a szybko, bez krzyków, rozkazywania podnieconym głosem t. zw. „generalstwa" panującego w Niemczech, poruszają się i pracują pomocnicy i pomocnice lekarskie w szpitalu francuskim. Zwłaszcza uderza sprawność pracy na sali operacyjnej. Przerwy pomiędzy jedną operacją a drugą, czynności przygotowawcze trwają krótko, tak, że jeden zabieg za drugim zjawia się przed oczyma widza jak w kalejdoskopie. I przytem wszystkiem brak pośpiechu nerwowego, spieszenia się — ruchy personelu są spokojne, rzekłbyś powolne, a przecie szybko spełniające swe zadanie, bo brak w nich zupełnie niepotrzebnych ruchów, wszystko jest celowe i wprawne.

Niestety gorsze wrażenie sprawiają sale chorych. Nietylko sale same pod względem budownictwa, nietylko łóżka i pościel pozostawiają wiele do życzenia, ale i obsługa personelu niższego i średniego stoi, jak się zdaje, niezupełnie na wysokości zadania. Tłómaczy się to z jednej strony złemi warunkami architektonicznemi starych pomieszczeń i z drugiej prawdopodobnie wyławianiem najlepszych pracowników z pomiędzy personelu pomocni-

czego i kierowaniem go do sal operacyjnych. Zresztą powstają też obecnie nowe szpitale z urządzeniami architektonicznemi znakomicie obmyślanemi i wykonanemi z komfortem, jak naprz. nowa klinika położnicza na Port-Royal, pod dyrekcją prof. *Couveleire'a*, w której wszystkie położnice leżą w oddzielnych pokoikach, dowolnie separowanych od reszty kliniki.

W organizacji pracy lekarskiej, zresztą powszechnie u nas znanej, uderzył mnie z chwilą, gdym zetknął się z pracownią kliniczną, ścisły rozdział pomiędzy lekarzami leczącemi, operującemi, z jednej strony, a pracownikami laboratorjum z drugiej. Kierownik pracowni, zresztą wysoko w hierarchji lekarskiej stojący, niema nic wspólnego z pracą kliniczną, do tego stopnia, że naprzykład obecny kierownik pracowni w klinice *J. L. Faure'a*, dr *Buillard* praktykuje na mieście, jako dermatolog. Odwrotnie lekarze operujący, leczący, klinicyści, nie zaglądają prawie zupełnie do pracowni, chyba jedynie przynosząc od czasu do czasu jakiś ciekawy preparat z prośbą o zbadanie go specjalnie w tym czy innym kierunku. Tego rodzaju podział pracy wpływa może na dokładniejsze wykonanie swych obowiązków, ale zato pozbawia szerszego poglądu na daną specjalność, i zapoznania się z nią wszechstronnego; w rozmowach z pracownikami laboratorjum wyczuwa się tęsknotę do bliższego zetknięcia się z chorą, której preparaty przesłano do pracowni. Pod tym względem system przyjęty u nas i istniejący w Niemczech bardziej sprzyja wytworzeniu się typu lekarza klinicysty, w szerokim tego słowa znaczeniu. Ale zato organizacja pracy w pracowniach francuskich tak klinicznych, jak specjalnych zadziwić musi każdego, kto się z nią zetknął. Znakomicie wyszkolony personel pomocniczy wykonywa całą mechaniczną część pracy, tak, że dla personelu wyższego, lekarzy, przyrodników pozostaje tylko rozpoznanie, względnie specjalne metody laboratoryjne. Punktualność w rozpoczęciu pracy, całkowite nią zajęcie się w godzinach tak przed, jak popołudniowych, bez rozmów i próżnego tracenia czasu, oto jak pracuje francuski pracownik laboratoryjny.

Nietylko samo techniczne wykonanie zamierzonego zadania, sama metoda pracy zachwyca zwiedzającego pracownię — uderza jeszcze może bardziej szerokość pomysłów, wszechstronność ujęcia kwestji. Dla przykładu oto jedno porównanie: Znany na całym świecie od paru lat *Aschheim*, współpracownik *Zondeka* w Berlinie, opracowuje całe zagadnienie hormonów gruczołów dokrewnych w ginekologji na zasadzie doświadczeń jedynie na białych myszkach, a więc dość jednostronnie wtedy, kiedy badacz francuski, pracujący w tym samym kierunku prof. *Champy* używa w swych doświadczeniach szeregu rozmaitych zwierząt i ptaków, jak to: myszy, szczury, świnki morskie, króliki, psy, kaczki, kury, bażanty, ryby. W swych poszukiwaniach cech płciowych, określa ich wartość eksperymentalną u rozmaitych zwierząt i w rozmaitych kierunkach. Tak nprz. badanie na wartość i pochodzenie cech płciowych u ptaków określa pod względem histologicznym, chemicznym w ścisłym tego słowa znaczeniu zapomocą analizy, dalej wynajduje barwniki, powodujące to czy inne zabarwienie charakterystyczne dla płci danego ptaka, określając je między innemi także na drodze wykrycia swoistego dlań widma.

Dążenie do specjalności zaznaczone w organizacji pracowni nie dotyczy zresztą, jak to powszechnie wiadomo, rozdziału chirurgji na ogólną i specjalnie ginekologiczną. Wpływa to, jak się zdaje na obniżenie ginekologji w ścisłem tego słowa znaczeniu. Widać to tak w rozpoznaniach, które z widzianych przezemnie lekarzy, tylko u *J. L. Faure'a* i u prof. *Villard* zachwycają trafnością, jak również na stawianiu wskazań operacyjnych, jak wreszcie na zgoła niepołożniczej radykalności zabiegów. Co do tej ostatniej sprawy istnieje zresztą, jak wszędzie, znaczna różnica zdań, jednakowoż zwłaszcza we Francji, jak sądzić można nawet z literatury, obóz konserwatystów operacyjnych jest szczególnie nieliczny w porównaniu z radykałami.

A teraz słów parę o technice operacyjnej, nie śmiem powiedzieć francuskiej, ale tych lekarzy francuskich, których udało mi się widzieć operujących; są to *J. L. Faure, Gosset, de Martel* w Paryżu; *Berard, Colle* w Lyonie. Wśród wyż. wymienionych bezwzględnie najbardziej swoiste odrębne wrażenie robi znany zresztą na całym świecie *J. L. Faure*. Szybkość Jego operacji zdumiewa, zwinność, pewność, nieomylność jego ruchów zachwyca, ale jednocześnie niemiłe robi wrażenie brutalność w jego sposobie operowania (zarzucana mu

nawet przez niektórych chirurgów francuskich) i poważne budzą refleksje niedokładność jego techniki, zwłaszcza co do peritonizacji. używania jedynie szwów ciągłych, podwiązywania en masse.

Dążenie do skrócenia czasu operacji przeważa, jak się zdaje u *Faure'a* nad pewnemi obawami co do aseptyki w planie operacyjnym. Tak naprzykład otwarcie jamy macicy przy wykonywaniu t. zw. hemisectio bezwątpienia ułatwia i przez to skraca operację, nie może być jednak uważane za obojętne z punktu widzenia aseptyki, nawet z zastosowaniem przypalania śluzówki macicy termokauterem po otwarciu jej jamy. Ale też operacja wycięcia nadpochwowego macicy wraz z przydatkami w zrostach trwa w rękach tego niezwykłego operatora 15 min., a usunięcie torbieli jajnikowej, z wycięciem wyrostka robaczkowego — nawet 10 minut.

Przyznać ponadto należy, że *Faure* postawiony przed bardziej ciężką, złożoną sytuacją nigdy się nie waha, operuje coprawda b. radykalnie. ale też o ile tego sytuacja wymaga dokładnie i precyzyjnie, choć w czasie nieco dłuższym.

Częstokroć słyszy się, że we francuskiej szkole chirurgicznej worek *Mikulicza* znajduje powszechne zastosowanie. Z krótkiego mego pobytu na klinikach francuskich odniosłem raczej przeciwne wrażenie: poza *J. L. Faure'em*, szeroko stosującym wspomnianą metodę drenowania, nie widziałem jej u innych wymienionych operatorów, a w Lyonie prof. *Villard* stoczył ze mną dłuższą dyskusję, twierdząc, iż naogół nie używa worka *Mikulicza* prawie zupełnie. Zachowywałem się umyślnie wyczekująco, udając raczej stronnika omawianej metody i dopiero na zakończenie przytoczyłem mu słowa mego szefa prof. *Czyżewicza*, ucznia *Mikulicza*, że *Mikulicz* pod koniec swej działalności sam wyrzekł się swojej metody drenowania. Wtedy dopiero nastąpiła zupełna zgoda poglądów

Znieczulenie używane przy zabiegach uderza swoją różnorodnością. przeważa naogół uśpienie ogólne, wyłącznie eterowe, z zastosowanie maski *Ombredanne'a*, jakkolwiek przeciw tej ostatniej podnoszą się liczne głosy krytykujące. W znieczuleniu miejscowym (infiltracyjnym) widziałem jedną tylko operację a mianowicie zeszycie przepukliny pochwowej, wykonane przez *de Martela* ze znakomitym zresztą efektem znieczulającym.

Mówiąc naogół o technice widzianych przezemnie operatorów francuskich niechciałbym i wydaje mi się niemożliwem uogólniać ich wartości czy wady, tem bardziej, że może właśnie najbardziej ogólną ich cechą jest różnorodność sposobów, pomysłów operacyjnych, świadcząca, jak mi się zdaje, o twórczym stosunku operatorów do swej pracy.

Nie od rzeczy może będzie wspomnieć o poglądach często na tym miejscu wymienionego *de Martel'a* na metodę wycięcia wyrostka robaczkowego. Jest on zdecydowanym przeciwnikiem zapuszczania w ścianę kiszki ślepej podwiązanego kikuta wyrostka robaczkowego, twierdząc, iż w razie jakiejkolwiek komplikacji w tymże kikucie wytwarzamy ropień właśnie w ścianie coecum, co winno być uznane za błędne. Naogół w przypadkach niepowikłanych *de Mortel* nie pokrywa zupełnie podwiązanego kikuta wyrostka robaczkowego, używając jednak do podwiązki nitki lnianej. W przypadkach powikłanych, skoro widzi się zmuszonym do zapuszczania kikuta w głąb i pokrycia go otrzewną, robi to nie podwiązując go zupełnie. Nielada było dla mnie radością ujrzenia nieoczekiwanie we Francji postępowania i poglądów identycznych z poglądem Warszawskiej Kliniki Ginekologicznej na daną sprawę, tembardziej, że naogół przez innych obserwowanych przezemnie chirurgów przyjęty jest właśnie wspomniany wyżej błędny, jak się zdaje, sposób postępowania z zapuszczeniem wgląb podwiązanego kikuta wyrostka robaczkowego.

Stałą troską operatora jest odpowiedni dobór instrumentarjum i wybór instrumentów do zamówionej operacji. Pod tym względem uderza we Francji skąpa ilość instrumentów używanych naogół podczas zabiegu. Nożyczki, nitki, i parę kocherów po stronie asystenta, parę zaciskadeł, nożyczki, nóż i kilka penset po stronie operatora, wzierniki samotrzymające się i ręczne, hysterolab — oto wszystko z czem staje operator francuski do zabiegu. W razie potrzeby, naprz. z powodu jakiejś komplikacji w operacji, przynoszą mu nowe pudło instrumentów, sterylizowanych na sucho. Igły w stałym stosunku do imadła, typu *Reverdin'a* używane prawie wyłącznie przez znanych mi operatorów we Francji mają tę niezaprzeczalną wyższość nad igłami w imadle używanemi u nas, że nie skręcają się nigdy wbrew woli opera-

tora i nie potrzeba ich nigdy szukać i mozolnie niekiedy wyciągać z głębi. Ułatwia to i przyspiesza bezwzględnie operację, jednakowoż igły te muszą być z natury rzeczy grubsze, czyli bardziej kaleczące, niż igły naprz. używane do imadła *Hagedorna*; pozatem igły *Reverdin'a* są mniej trwałe, a więc droższe od używanych przez chirurgów niemieckich i rozpowszechnionych w Polsce. Instrumentem b. szeroko stosowanym we Francji jest wziernik, tak samotrzymający się, jak ręczny; bez obawy o miażdżenie tkanek powłok brzusznych, szeroko rozwiera sobie operator ranę w brzuchu- zyskując przytem znacznie na dostępności, a więc i łatwości zabiegu. Cięcie podłużne, przeważnie stosowane przez *Faure'a*, bynajmniej nie króluje niepodzielnie w chirurgji francuskiej. Naprzykład *Cotte* w Lyonie używa wyłącznie cięcia *Pfannenstiel'a* wyzyskując go naprzykład przy operacji *Dolèris'a* dla mocnego przyszycia więzadła oblego do dolnej powierzchni po więzi. Ten że *Cotte* demonstrował przy mnie swoją operację wycięcia częściowego n. praesacralis, co okazało się zabiegiem technicznie łatwym. Polega on na nacięciu otrzewnej ściennej na wzgórku kości krzyżowej, uwidocznieniu leżącego tuż pod otrzewną nerwu przedkrzyżowego, uniesieniu go haczykiem ku górze i wycięciu na przestrzeni 1 cm. wraz z otaczającą go włóknistą tkanką łączną. Sprawdzianem słuszności rozpoznania anatomicznego jest rozejście się włókien n. preasacralis na dwie strony. Zeszycie nacięcia otrzewnej kończy zabieg.

Sprawa odkażania rąk przed operacją, tak rozmaicie w różnych krajach i szkołach postawiona, została przez *de Martel'a* rozwiązana w sposób ciekawy. Usunął on zupełnie mycie rąk wodą z mydłem, które rozmiękcza skórę, zdziera powierzchowne warstwy zrogowaciałe i powoduje niekiedy wytworzenie się raczej sprzyjającego podłoża dla bakterji. Działanie spirytusu, zamykającego pory skóry wysunął *de Martel* na plan pierwszy. Poleca on mianowicie wypędzlowanie rąk nalewką jodową, poczem należy ręce poddać w ciągu 5 minut działaniu spirytusu, wsadzając je do miseczki z 96^0 wyskokiem. Dezynfekcja gotowa. Można wkładać rękawiczki i przystępować do zabiegu.

Znanem jest obecnie dążenie operatorów do oddzielenia skóry i pola operacyjnego w celu zapobieżenia ewentualnemu zakażeniu otwartej rany operacyjnej. Nalewka jodowa zawiodła pokładane oczekiwania, zastosowano wobec tego kompresy, przypinane do brzegu rany, a pokrywające podczas zabiegu otaczającą skórę. Rzecz to kłopotliwa, przedłużająca czas operacji i niezupełnie dokładna. *De Martel*, korzystając z prac brata swego, wybitnego chemika, probuje wprowadzić rodzaj lakieru, zawierającego składnik odkażający, który pokrywając skórę nietylko zdecydowanie zamyka jej powierzchnię, ale jeszcze posiadając własności bakterjobójcze czyni otoczenie pola operacyjnego najzupełniej jałowem.

Wracając do Kraju, przejazdem zatrzymałem się w Berlinie, gdzie widziałem operacje w klinice *Stoeckla*, a jadąc do Francji wstąpiłem do Pragi Czeskiej, gdzie miałem okazję widzieć prof. *Waibla* przy wycięciu całkowitem macicy sposobem *Wertheima*. Ta ostatnia operacja była chyba najpiękniejszym zabiegiem operacyjnym, jaki zdarzyło mi się widzieć w życiu. Precyzja ruchów, dokładność peritonizacji, haemostazy, preparacje przymacicza wykonane artystycznie i to wszystko w pięknym czasie około godziny — pozostawiło mi wspomnienie niezatarte.

Ale już wizyta moja na klinice *Stoeckla* rozwiała w znacznej mierze mój zachwyt nad poziomem ginekologji operacyjnej niemieckiej, skoro w pierwszej stołecznej klinice technika operacyjna bynajmniej nie imponuje nietylko po Francji, ale przedewszystkiem po klinikach polskich. Widziałem naprzykład, jak wycięcie macicy (wypadniętej) z plastyką tylną krocza trwało blisko 2 godziny i to w rękach pierwszego asystenta (oberartzta) z tytułem profesora. Prof. *Stoeckel* przy mnie wykonał swoją operację plastyczną, mającą na celu wytworzenie zwieracza cewki moczowej, innego dnia wyciął macicę przez pochwę. Naogół droga pochwowa jest b szeroko stosowana w klinice berlińskiej, przyczem wązkość pochwy ma tylko drugorzędne znaczenie, gdyż w razie potrzeby stosuje się bez wahania szerokie nacięcia według *Schuckhardta*.

Wizyta na pięknie urządzonym oddziale rentgenowskim i obecność przy hysterosalpingografji wykonanej przez dr *Schultze'go* zakończyła mój pobyt na klinice prof. *Stoeckla*.

Tyle o obcych klinikach i szpitalach,

Mimowoli nasuwa się porównanie z naszą rodzimą ginekologją i przedewszystkiem z naszemi klinikami polskiemi. Ku mej radości stwierdzić muszę, że porównanie to bynajmniej nie wypada na naszą niekorzyść.

Nie chciałbym z natury rzeczy podnosić dodatnich stron i zalet kliniki Warszawskiej, której jestem uczniem, ale niech mi będzie wolno słów parę wspomnieć o klinice krakowskiej prof. *Rosnera*, z którą miałem obecnie sposobność zapoznać się bliżej.

A więc przedewszystkiem wszechstronność pracy kliniki. Obok operacji i leczenia ginekologicznego, tak szpitalnego, jak ambulatoryjnego, położnictwo wraz z opieką nad ciężarną kobietą; praca laboratoryjna znakomicie postawiona, a prowadzona przez poszczególnych asystentów w kierunku tak anatomji patologicznej, jak bakterjologji, jak serologji, jak wreszcie chemji i biologji. A w prowadzeniu strony klinicznej, dokładność w opisywaniu przebiegu choroby, wielorakość badań dodatkowych, precyzja rozpoznania pogłębionego do granic możliwości; organizacja archiwum klinicznego, pozwalająca na łatwe zorjentowanie się w materjale — oto zalety tak wielostronne, że przewyższają w całokształcie zalety widzianych przezemnie klinik zagranicznych. Umyślnie omijam tu bezpośrednią działalność Profesora, szefa Kliniki, jego wykłady i omawianie przypadków, gdyż wysoka ich wartość jest zbyt powszechnie znana.

Prawda, że ubogość architektonicznego rozlokowania kliniki Krakowskiej wywołuje w pierwszej chwili przygnębiające wrażenie, ale wizyta na nowej, prawie gotowej do użytku, wspaniałej klinice nie tylko dodaje otuchy, uspakaja, ale wbija w dumę, gdyż jasnem jest, że wkrótce klinika Krakowska stanie i pod względem zewnętrznym w rzędzie pierwszych klinik świata.

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

DJETETYKA.

Odżywianie w przebiegu duru brzusznego. (De l'alimentation au cours de la fièvre typhoide) K. Garin i J. Boucomont. *Journ. Méd. francais N. 9 r. 1929.*

Dawni autorowie, jak np. *Broussais*, podawali chorym na dur brzuszny tylko wodę. Pierwszy *Graves* podawał tym chorym wyciągi z jarzyn. Około roku 1856, uchodziło za szczyt odwagi podawać chorym na dur brzuszny mleko rozpuszczone pół na pół z wodą. *Monneret*, niedługo potem podaje 3 do 4 litry płynu dziennie, złożonego z rosołu, wina białego, czerwonego, oraz z cedzonej zupy jarzynowej. W kilka lat później *Barro* wykazuje już przesadę w innym kierunku, podając chorym durowym jaja, ciasto, chleb z masłem, mięso suszone z jarzynami. W czasach nam bliższych jedni byli zwolennikami dużej wstrzemięźliwości, nie podając nawet mleka (*Liebermeister Senator, Fürbringer, Lebert i Legendre*) — inni zaś radzili odżywiać chorych dostatecznie, ale tylko pokarmami płynnemi i mlekiem (*Jaccoud, Dieulafoy, Debove, M. Chantemesse, Ziemssen i Leyden*).

W Anglji zapatrywania na tę sprawę były zupełnie podobne.

Wreszcie w r. 1900 *Vaquez* zaleca dietę, która według naszych zapatrywań jest bardzo odpowiednia dla przypadków średnio ciężkich. Dieta ta polega na podawaniu szklanki mleka co dwie godziny, przyczem trzy szklanki mleka można zamienić na szklankę herbaty, kawy mlecznej i zupy na mące, zupy na mleku, żółtko jaja kurzego i sok z mięsa surowego. Wreszcie *Vaquez* doradza bardzo prędkie przejście do normalnego odżywiania. *Mouriquand* zaleca rozmaite diety, zależnie od postaci duru brzusznego, dodając do nich sok z owoców, ze względu na jego zawartość w witaminy.

Autorowie sądzą, że dur brzuszny jest chorobą zbyt długotrwałą, by można było chorych takich ogłodzić, z drugiej jednak strony jest to ciężka choroba przewodu pokarmowego, w której odżywianie nie może być zbyt drażniące. Największym błędem w leczeniu duru jest dopuszczenie chorych do wynędznienia; wynędznienie pogarsza wszystkie objawy chorobowe, przygotowuje podatne podłoże do powikłań, w szczególności zaś do krwotoków jelitowych i do osłabienia mięśnia sercowego. Cała jednak trudność w odżywianiu chorych durowych polega na skutecznem przeprowadzeniu odpowiedniego odżywiania, trzeba się tu bowiem liczyć ze stanem odurzenia i nieprzytomności tych chorych oraz z niezdolnością żołądka do przyjmowania pokarmów.

Autorowie są zwolennikami stosowania zimnych kąpieli od pierwszego dnia choroby, według zalecenia *Bouvert'a* i *Tripier'a* t. j. stosowanie zimnej kąpieli co trzy godziny, skoro ciepłota ciała osiągnie lub przekroczy 39° C. Autorowie podkreślają, że prawie bez wyjątku można dawać pić choremu w czasie kąpieli. W razie wymiotów, należy kłaść worek z lodem na okolicę żołądka. Zgłębnik nosowy można niekiedy stosować, lecz tylko w późniejszych okresach, gdyż w pierwszym tygodniu najczęściej wywołuje nudności. W każdym wypadku należy uwzględniać życzenia chorego i tak autorowie podawali jednemu choremu, na jego żądanie, tylko pomarańcze, ale chory ten zjadał 24 pomarańcz dziennie. W bardzo ciężkich przypadkach można zalecić lawatywę kroplową z 7% roztworu glukozy Wygodną kontrolą dostatecznego odżywiania chorych jest oznaczenie dobowej ilości moczu, która powinna wynosić półtora litra dziennie.

Przy pomocy odpowiedniego odżywiania można uniknąć jelitowych krwotoków. Gdy one wystąpią, można choremu podawać tylko zimną wodę lub ewentualnie mrożony szampan, oraz należy podskórnie wprowadzać płyn fizjologiczny. Autorowie odradzają dodawanie adrenaliny, jako też podskórne wprowadzanie roztworu glukozy, natomiast za najkorzystniejsze uważają przetaczanie krwi, uzyskanej od uzdrowieńca po durze brzusznym.

W przypadkach przebicia wrzodu, należy wstrzymać się od wszelkiego podawania pokarmu i oddać chorego w ręce chirurga.

W przypadkach lekkich lub średnich należy stosować dietę płynną lub półpłynną. Tu należą: mleko (jeśli jest dobrze znoszone), zupy, jaja, sok z surowego mięsa, biały ser, sok z owoców, kawa i wina. Po spadku gorączki rozszerzenie diety zależy od postaci klinicznej i czasu trwania choroby. Jeżeli chodzi o chorego, który przechodził ciężki dur brzuszny, względnie jeśli gorączka trwała dłużej niż cztery tygodnie, wówczas autorowie podają pokarmy stałe dopiero po pięciu dniach bezgorączkowych. Do powyższej djety autorowie dodają siekaną rybę, rybę z wody, móżdżek, białe mięso z kury, a po upływie tygodnia kotlet lub kawałek pieczonego mięsa.

W przypadkach lżejszych, autorowie podają potrawy stałe po upływie trzech dni bezgorączkowych.

Naogół przypisuje się powstawanie nawrotów duru zbyt obfitemu odżywianiu lub zbyt szybkiemu podjęciu odżywiania. Autorowie sądzą, że tego rodzaju zapatrywanie jest błędne, albowiem nawroty duru nie zależą od sposobu odżywiania, ale istnieją wprost epidemje bez nawrotów i epidemje obfitujące w nawroty. Znaną też jest rzeczą, że dury wywołane prątkiem *Eberta* częściej dają nawroty, aniżeli dury rzekome. Oczywistą jest rzeczą, że w razie nawrotu należy powrócić do dawnej diety.

Niekiedy może się zdarzyć, że właściwy dur już się skończył, podczas gdy gorączka około 38° C trwa dalej a chory ulega coraz znaczniejszemu wynędznieniu. Chodzi tu o rzadką postać gorączki z wynędznienia (febris ex inanitione). Cierpieniu

temu podlegają zazwyczaj osoby starsze a w każdym razie po przejściu 40-tu lat życia. Naogół chodzi tu o ciężkie postaci duru brzusznego, w czasie którego zbyt późno przystąpiono do stosowania zimnych kąpieli, względnie źle odżywiano chorych. Autorowie sądzą nadto, że przyczyną tego mogą być wstrzykiwania rozmaitych ciał kolloidowych, kamfory lub płynu fizjologicznego. W tych przypadkach odpowiednie odżywianie i zaprzestanie stosowania leczenia podskórnego szybko doprowadza do wyleczenia.

W powyższej gorączce mogą też wystąpić majaczenia, względnie widuje się niekiedy te majaczenia i bez gorączki, w obu tych przypadkach należy bezwarunkowo przystąpić do odpowiedniego odżywiania, przyczem w razie niemożności stosowania zwykłego sposobu odżywiania, należy wprowadzać przy pomocy zgłębnika przez nos pół litra mleka z dodatkiem żółtka jaja kurzego co trzy godziny.

Postępowanie przedoperacyjne w zapaleniu wyrostka robaczkowego. (Soins préopératoires dans l'appendicite). L. Hautefort. *Journ. Méd. français. Nr. 9 r. 1929*

Tematem niniejszej pracy jest postępowanie wobec chorych, którzy cierpiąc na ostre zapalenie wyrostka robaczkowego nie zostali natychmiast zoperowani. Te przypadki obecnie są coraz rzadsze, gdyż wszyscy chirurgowie i znaczna liczba internistów jest zwolennikami jaknajszybszego operowania tych przypadków.

Od tej reguły istnieją jednak wyjątki. Do takich wyjątków należy ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, pojawiając się pod koniec innego, ciężkiego cierpienia, np. duru brzusznego. Dalej należy wspomnieć o przypadkach, w których rozpoznanie mogło być ustalone dopiero po upływie 48-miu godzin; tu też należą przypadki rozpoczynające się odrazu naciekiem (plastronem) w okolicy wyrostka robaczkowego.

Najczęściej może spotyka się przypadki, które przy lekkim przebiegu, z rozmaitych względów nie były operowane w ciągu pierwszych 48-miu godzin. Po upływie tego czasu, wytworzył się plastron, wówczas zaś przeważna część chirurgów nie decyduje się na operację, gdyż w tych warunkach operacja przedstawia najwięcej niebezpieczeństwa. Pozostaje zatem wyczekiwać, przyczem jest rzeczą pierwszorzędnej wagi odpowiednia opieka i dietetyka tych chorych. O ile możności, należy zapewnić choremu fachową opiekę pielęgniarską.

Naogół należy przyjąć okres trzech tygodni za niezbędny dla uspokojenia się stanu zapalnego, poczem dopiero możliwy jest zabieg chirurgiczny. W pierwszych dniach trzeba się starać ograniczyć ognisko zapalne, następnem staraniem jest możliwa dezynfekcja przewodu pokarmowego. Wreszcie w trzecim okresie należy przygotować chorego do samego zabiegu.

Pierwszy okres trwający 5 do 8-miu dni, polega na zastosowaniu zupełnego spokoju, okładów z lodu, diety i opium. Spokój musi być zupełny przyczem należy zabronić choremu siadania, zginania ud, jednem słowem wszelkich ruchów, które by mogły napiąć powłoki brzuszne. Należycie i stale stosowane okłady lodowe pozwalają łagodzić ból i uspokoić ruchy robaczkowe jelit a tem samem zmniejszyć dawkę opium. Gdy ból jest zbyt silny, należy wstrzyknąć 1 ctgr morfiny, gdy bólu niema należy stosować opium w postaci extractum opii 10 ctgr w ciągu 24-ech godzin dla człowieka dorosłego, w pigułkach lub czopkach. W każdym razie należy dążyć do możliwie szybkiego zmniejszenia dawek opium, które wywołuje zaparcia stolca a tem samem stwarza nowe niebezpieczeństwo. Co się tyczy diety, to powinna ona być zupełną, jeżeli chory cierpi na wymioty, najwyżej można choremu zwilżać wargi. Aby uchronić chorego od braku płynów stosujemy podskórne wstrzykiwania płynu fizjologicznego, w ilości półtora litra na dobę. W pierwszych dniach nie należy w każdym razie stosować lawatywy kroplowej, jeżeli chory wykazuje objawy podupadłego odżywienia należy się uciec do śródżylnych wlewań fizjologicznego roztworu glukozy lub nawet do hypertonicznego roztworu glukozy. Skoro nudności i wymioty ustaną, należy choremu podawać wodę, początkowo łyżeczkami a następnie łyżkami co godzinę, później zaś co pół godziny. Szybko można potem przejść do podawania rumianku, a od trzeciego lub czwartego dnia można podawać cedzoną zupę z jarzyn. Ogólna ilość płynów powinna wynosić półtora litra na dobę, o ile by to zaś nie było możliwe, należy tę ilość dopełnić podskórnymi wstrzykiwaniami płynu fizjologicznego Z innych leków można stosować podskórne wstrzykiwania kamfory, a w razie potrzeby inne środki nasercowe.

Skoro pierwszy okres przeszedł bez żadnych wypadków, ciepłota zbliżyła się do normy, napięcie mięśniowe w okolicy punktu *Mc Burney'a* osłabło i chory oddaje gazy, wówczas przychodzi drugi okres. Bardzo często ten drugi okres zaczyna się od podwyższenia ciepłoty z powodu zaparcia. Początkowo należy starać się usunąć zaparcie zapomocą czopków glicerynowych. W razie braku odpowiedniego skutku należy zastosować niedużą lewatywę ze 100 do 150 ccm wody z gliceryną lub samej oliwy i to pod słabem ciśnieniem. W razie potrzeby w parę godzin później można wprowadzić do odbytnicy zapomocą zgłębnika Nelatona 200 ccm płynu, co prawie zawsze wywołuje stolec. W razie jednak gdyby i to nie poskutkowało, autor doradza podawanie oleju rycynusowego, w dawkach cząsteczkowych: 5 gr., 10 gr., 15 gr., 20 gr. Od tego czasu należy czuwać nad odpowiedniem wypróżnianiem a przytem należy postępować w diecie, dodając nieco jarzyn, tapioki, mąki a niebawem nieco delikatniejszego ciasta. O ile chory dobrze znosi, można też podawać mleko lub kefir. Wreszcie można przejść w diecie do zup mlecznych, nawet do kleików.

W ten sposób dochodzimy do trzeciego okresu, przygotowania do operacji. Chodzi tu o możliwe podniesienie sił chorego a przytem o odpowiednią dezynfekcję przewodu pokarmowego. Dopiero po trzech tygodniach pozwalamy na zjedzenie nieco białego mięsa kury lub szczupaka. Do tego czasu nie wolno podawać niczego więcej, a nawet jaj, zakazane też są takie jarzyny, jak kapusta, fasola, soczewica, groszek, podobnie jak i sery fermentujące, świeże ciasto oraz czekolada. Do dyspozycji pozostają tylko: świeży, biały ser, śmietanka, yogurt, jarzyny: jak przecierane kartofle, szpinak, gotowana sałata, marchew, owoce, kompoty, konfitury, przyczem owoce powinny być bardzo dojrzałe (gruszki, winogrona, pomarańcze, banany, brzoskwinie) do tego można dodać sucharki i biszkopty. Tego rodzaju dieta, z dodatkiem oleum parafini lub oleum ricini zapewnia należyte wypróżnienia. W celu dezynfekcji przewodu pokarmowego autor chętnie

podaje benzonaftol w dawce 2 do 4 gr na dobę albo podaje 4 do 6 (dziennie) pigułek po 0,10 cryptargolu.

W przypadkach bardzo ciężkich można też polecić leczenie wakcynami.

To wyczekiwanie w czasie przebiegu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego wymaga stałego pogotowia, gdyż w razie jakichkolwiek niepokojących objawów należy bezwzględnie przystąpić do zabiegu operacyjnego.

Dietetyka i czas trwania rekonwalescencji. (La diététique et la durée de l'invalidité-maladie). H. Godlewski. *Journ. Méd. francais. Nr. 9. r. 1929.*

Niniejszy artykuł autor ujmuje ze stanowiska ekonomji społecznej, wskazując na to, jak wielkie znaczenie oszczędnościowe posiada skrócenie czasu rekonwalescencji po rozmaitych chorobach. Sprawa ta dotyczy nie tylko ekonomji kas chorych, ale wogóle wywiera wpływ na przemysł i handel, gdyż tą drogą wiele rąk roboczych nie będzie się wstrzymywać od pracy.

Według ustaw francuskich, każdy pracujący po przebyciu choroby jest badany przez lekarza nie tylko dla stwierdzenia jego zaraźliwości dla drugich, ale też i ze względu na to, czy podjęcie pracy na nowo nie przyniesie mu szkody oraz, czy wskutek możliwości powrotu choroby praca nie ulegnie nowemu przerwaniu. W znacznej liczbie przypadków chodzi tu o rekonwalescentów po ostrych chorobach gorączkowych, sezonowych i krótkotrwałych. W pierwszym rzędzie należą tu przeziębienia, nieżyty górnych dróg oddechowych, które nieraz zbyt łatwo określane są, jako grypa. Sredni czas trwania choroby i rekonwalescencji wynosi 6 do 8.miu dni, niejednokrotnie jednak czas ten przedłuża się od 12-tu do 15-tu dni mimo. że materjał chorych jest zupełnie analogiczny, podobnie jak i przebieg samej choroby.

Na podstawie wielu tysięcy przypadków, badanych w ciągu dziesięciu lat. autor dochodzi do wniosku, że czas wstrzymania się od pracy, z powodu powyższych cierpień, zależy od sposobu odżywiania się podczas i po chorobie, czyli jest funkcją odżywiania. Autor stwierdził, że skoro tylko odżywianie podczas choroby było zupełnie normalne lub też ograniczenie pożywienia dotyczyło tylko samego początku choroby, wówczas chory w przeciągu 48-miu godzin, po spadku gorączki powracał do zupełnego zdrowia i pełni sił. Skoro jednak chory taki w czasie przebiegu choroby był niedostatecznie odżywiany, wtedy czas niemożności powrotu do pracy był znacznie dłuższy, gdyż chory wskutek zbyt przedłużonego niedostatecznego odżywiania ulega ogólnemu osłabieniu a stąd wynikający brak apetytu utrudnia w wysokim stopniu normalne, konieczne odżywianie się po gorączkowej chorobie. Nadto częstość nawrotów choroby u tego rodzaju chorych jest znacznie większa a zatem zwiększa się także i tą drogą liczba dni bez pracy.

Winę nieodpowiedniego odżywiania się tego rodzaju chorych ponoszą po części lekarze a po części sami chorzy lub ich otoczenie. Ogólnie panuje przekonanie o konieczności „bardzo surowej diety" we wszelkich, nawet dobrotliwych, chorobach gorączkowych: tymczasem poza cierpieniami dotyczącymi narządów jamy brzusznej, w innych cierpieniach gorączkowych, a zwłaszcza krótkotrwałych, o których tutaj mowa, odżywianie powinno być odpowiednio bogate.

Dieta i autofagja. (Diète et autophagie). H. Godlewski. *Journ. méd. francais. Nr. 9. r. 1929*

Pod słowem „dieta" rozumiemy sposób odżywiania chorych. Dieta może polegać bądź to na całkowitem, bądź też częściowem wstrzymaniu odżywiania, lub też na stosowaniu specjalnych pokarmów (n. p. dieta mleczna, jarzynowa). Stosowanie diety sięga bardzo odległych czasów i do pewnego stopnia tłumaczy się brakiem apetytu u chorych, zwłaszcza gorączkowych. Okazuje się jednak, że brak apetytu, nudności, wymioty, obłożony i suchy język, wynikają przedewszystkiem z niedostatecznego dowozu płynów, zwłaszcza wody. Ustrój gorączkujący przeważnie nie wykazuje tych objawów z chwilą, gdy mu zapewnimy dostateczny dowóz wody np. zapomocą lawatywy kroplowej. Już *Trousseau* wskazywał na to. że długotrwałe, znaczne ograniczanie pokarmów doprowadza do wynędznienia i niejako „samozjadania się" (autophagie) ustroju i że chorym gorączkującym należy obok dostatecznej ilości wody, zapewnić także dowóz tej ilości pokarmów, która jest niezbędna dla pokrycia codziennych strat energetycznych ustroju chorego.

Autor przypomina czasy *Broussaisa*, kiedy chorym oprócz wody i to w niewielkiej ilości, nie podawano nic do jedzenia, nawet jeśli chodziło tu o chorych na cholerę lub gruźlicę. Teorje *Broussaisa* jednak nie utrzymały się i przeciwnicy jego oranastępcy utorowali drogę nowym prądom w lecznictwie, które na należyte odżywianie kładły wielką wagę. Obok pewnych korzyści, znaczne ograniczenie pokarmów przynosi duże szkody a autor ujmuje te dwie sprawy następująco:

Korzyści ostrej diety polegają na oszczędzaniu i unieruchomieniu przewodu pokarmowego, wskutek czego zmniejsza się także praca serca, wobec zmniejszenia się ilości przyjętych płynów. Także i rozwój drobnoustrojów w przewodzie pokarmowym zmniejsza się, jak również i ilość produktów rozpadu pokarmów niekiedy szkodliwych dla ustroju. Według *Teissier'a* i *Guinard'a* (1897) zwierzeta naczczo lub dłużej głodzone doświadczalnie znoszą lepiej niektóre jady, aniżeli zwierzęta znajdujące się w normalnych warunkach.

Odpowiednie odżywianie chorych gorączkujących działa znakomicie przeciwko zaburzeniom układu nerwowego, jak brak snu, podrażnienia, majaczenia, halucynacje, uczucie przebicia, otępienie. Chory głodzony ulega duszności szczególnego typu: oddechy są początkowo zwolnione, pod koniec przyspieszone, ilość Co_2 zmniejsza się. Tętno staje się coraz słabsze a ciepłota opada, przyczem mogą wystąpić objawy podobne do mocznicowych, przy małej ilości wydzielanego moczu, wymiotach a nawet biegunkach.

Autor dwukrotnie widział śpiączkę wywołaną przez dietę. W pierwszym przypadku chodziło o chorego lat 75-ciu, który cierpiał na nieżyt oskrzeli pochodzenia grypowego z gorączką. Wskutek bardzo ostrej diety, po upływie czterech dni chory zapadł na śpiączkę zupełną. Podanie znacznej ilości płynu przez odbytnicę wróciło choremu przytomność, poczem natychmiast przeprowadzono odpowiednie odżywianie. Po 2 dniach chory powrócił zupełnie do zdrowia. W drugim przypadku chodziło o kobietę 68-letnią, którą leczono z powodu raka żołądka i która z powodu wymiotów i biegunki nie mogła zupełnie przyjmować pokarmów, wobec czego osłabienie i wychudzenie do.

szło do bardzo znacznego stopnia. Gdy autor chorą tę po raz pierwszy zobaczył tętna nie było można zliczyć, chora zupełnie nie mówiła, oraz nie oddawała moczu od 12-tu godzin. Badania dodatkowe nie przemawiały za istnieniem raka żołądka; natomiast wywiady stwierdzały głodzenie niemal zupełne przez ostatnie dni choroby. I w tym przypadku lawatywa kroplowa szybko wróciła chorej przytomność a odpowiednie odżywianie w krótkim czasie doprowadziło do wyzdrowienia.

Jednym z objawów znajdowania się ustroju w stanie głodzenia, jest wzmożenie się ilości mocznika we krwi. Nieznajomość tego faktu może doprowadzić do fatalnych wyników, gdyż hyperazotemja każe myśleć przedewszystkiem o niewydolności nerek, a w następstwie tego rozpoznania zastosowana djeta mało-azotowa może spowodować śmierć chorego. Autor przytacza jeden taki przypadek, w którym ilość mocznika we krwi wynosiła 2.35 gr. pro mille. Po stwierdzeniu przyczyny tej hyperazotemji, autor zalecił podawanie mięsa i skondensowanego mleka z cukrem. Pod wpływem tej djety stan chorego szybko się poprawił, przyczem ilość mocznika we krwi spadła do normy.

Autor, razem z *Triboulet'em* w r. 1912, stwierdził za przykładem *Murpby'ego*, że obfite stosowanie kroplówki w zapaleniu płuc, wpływa wyjątkowo korzystnie na przebieg choroby. Tą drogą uzyskano przedewszystkiem bardzo znaczną diurezę, wskutek czego stan chorych pozwalał na znacznie lepsze ich odżywianie, przyczem znikła suchość języka i spadek wagi ciała. Chorzy, którym obficie stosowano kroplówkę, nie skarżą się na pragnienie, a natomiast żądają jedzenia, co stanowi przeciwieństwo do wszystkich dotychczasowych, klasycznych opisów, dotyczących zapalenia płuc. Autor podaje takim chorym skondensowane mleko, nie mniej jednak jak 8 łyżek stołowych na dzień (z kawą, z yogurtem, w rozmaitych kremach pomieszanych z rozpuszczonymi lodami, również z kleikiem). Nadto autor podaje rosół z kury z tapioką i żółtkiem, sok z surowego mięsa, kompoty, konfitury, mleko i owoce. W ten sposób kaloryczne zapotrzebowanie chorych jest pokryte z naddatkiem. Tak odżywiani chorzy, podczas rekonwalescencji nie skarżą się zupełnie na tak znane, a znaczne osłabienie.

Szczególny nacisk autor kładzie na dowóz płynu raczej drogą przez odbytnicę, aniżeli doustną. Zalecenie to wynika przedewszystkiem stąd, że diureza tą drogą powstaje znacznie szybciej i wydatniej i to nie tylko u ludzi chorych, ale także i u zdrowych. Jako objaśnienie powyższego faktu, autor podaje, że płyn znacznie szybciej dostaje się do ogólnego krwiobiegu, skoro zostanie wprowadzony do odbytnicy, skąd przenika przez aa. haemorrhoidales inferiores i ich połączenia do żyły czczej dolnej (vena cava inferior) podczas gdy płyn przyjęty przez żołądek musi przejść przez wątrobę, zanim dostanie się do ogólnego krwiobiegu. Powszechnie zaś jest znane znaczenie tamy wątrobowej. Wprowadzenie płynu do odbytnicy i przenikanie jego do krwiobiegu autor porównywuje do wprowadzania płynu drogą dożylną.

Dietę czysto wodną, t. j. podawanie tylko wody autor stosuje jedynie w przypadkach chirurgicznych przewodu pokarmowego lub w cierpieniach otrzewnej. Natomiast autor sądzi, że zapomocą diety płynnej można w zupełności uniknąć wszelkiej straty wagi ciała chorego i tą drogą pokrywać zapotrzebowania energetyczne ustroju. Należy zawsze wypytać chorego, jakie pokarmy chętnie jada a których nie znosi. Zalecanie diety bez uwzględnienia tych warunków może łatwo doprowadzić albo do błędów dietetycznych, lub do głodzenia. Często się też zdarza, że chory nie znosi tylko jakiejś szczególnej postaci pokarmu, np. nie lubi mleka czystego, znosi je natomiast w innych połączeniach.

Bardzo ważnem jest wiedzieć, że cukier posiada w odżywianiu tych chorych szczególne znaczenie (o ile nie chodzi o chorych na cukrzycę!), gdyż jest on, najlepszem najbogatszem i najłatwiejszem do przyswojenia źródłem energji.

Wartość mleka skondensowanego z cukrem, autor podkreślał już wyżej; nadto autor poleca szerokie stosowanie kremów, kompotów, przyczem zwrócić tu należy uwagę na owoce, szczególniej kwaskowate jak cytryna, pomarańcza, które pozwalają na większe stosowanie cukru.

Odżywianie zapomocą płynów niecukrzonych jest znacznie mniej wydajne, w rachubę tu wchodzą: zupy jarzynowe dobrze przecierane. Nadto autor jest zwolennikiem rosołu, zwłaszcza z kury, uważając, że dotychczasowa obawa przed ptomainami nie była dostatecznie uzasadniona. Rosół przedstawia znakomite tonicum dla chorych, a staje się szczególnie pożywny, gdy do niego dodamy żółtko i tapiokę. Jedynie w przypadkach niedomogi nerek należy się wstrzymać przed podawaniem rosołów.

Reasumując, odżywianie w stanach gorączkowych powinno być pod względem kalorycznym wystarczające, podawać należy pokarmy odpowiednio dobrane, w postaci płynnej; dieta czysto wodna może być zalecona tylko w bardzo rzadkich przypadkach i to tylko z samego początku choroby a nie dłużej jak 24 godziny.

Dieta w przebiegu zakaźnych żółtaczek. (La dietetique au cours des ictères infectieux). A. R. Salmon. *Journ. Méd. francais nr. 9 r. 1929.*

W leczeniu zakaźnych żółtaczek ostatnie lata przyniosły trzy ważne sposoby leczenia: zgłębnikowanie dwunastnicy, z następowem stosowaniem środków żółciopędnych, leczenie zapomocą insuliny oraz zapomocą atofanu. Mimo powyższe sposoby leczenia w tych cierpieniach dieta posiada zawsze duże znaczenie.

Dawniej stosowano u chorych żółtaczkowych surową djetę wodna, połączoną z podawaniem oliwy i chłodnemi lawatywami. Ten sposób leczenia sprowadzał jednak znaczne wynędznienie, wielu chorych nie znosiło oliwy a chłodne lawatywy wywoływały zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego. Dziś stosujemy inny sposób odżywiania mając zawsze na uwadze, by nie powiększyć niedomogi wątroby i nie wywołać przejścia żółtaczki dobrotliwej w postać złośliwą.

Autor kolejno omawia pokarmy, jakie można podawać chorym żółtaczkowym, czas stosowania tej diety, oraz dietetykę stosowaną przy pewnych, szczególnych sposobach leczenia.

1. Pokarmy wskazane i zakazane.

a) Pokarmy białkowe. Naogół pokarmy białkowe powinny być wyłączone z jadłospisu chorych na żółtaczkę, gdyż wątroba w tem cierpieniu jest upośledzona w swej czynności proteopektycznej.

Nie mniej *Jounué* i *Chevalier* podają 25 do 100 gr. mięsa dziennie i to bądź pół surowego, bądź też zupełnie surowego. Autor sądzi jednak, że mięsa nie należy podawać a w każdym razie nie w czasie pełnego rozwoju żółtaczki, kiedy nietylko czynność wątroby, ale i żołądka jest upośledzona.

b) Tłuszcze są również źle trawione i to zarówno wskutek braku wydzielania żółci do jelit, jak i skutkiem upośledzonego wydzielania zewnętrznego trzustki. W dalszej części przewodu pokarmowego niestrawione tłuszcze ulegają rozpadowi i mogą być przyczyną prawdziwej intoksykacji. Jedynym wyjątkiem jest mleko, częściowo pozbawione śmietanki (zbierane). Tłuszcz w mleku jest w stanie dokonałego rozproszenia, co znakomicie ułatwia jego trawienie. Przepisuje się zazwyczaj 2 litry mleka dziennie, ewentualnie w dawkach wzrastających do powyższej ilości. Łatwiej strawne jest mleko gorące, do którego można dodać wody Vichy i cytrynianu sodu w dawce 2 gr. na 1 litr. Niektórzy chorzy znoszą łepiej chudy kefir lub yogurt. Mleko należy podawać w małych ilościach i regularnych odstępach czasu. Należy zwrócić szczególną uwagę na płukanie ust wodą Vichy po spożyciu mleka, by uniknąć jego rozkładu w ustach.

c) Węglowodany szczególnie nadają się do odżywiania chorych żółtaczkowych. Na pierwszym miejscu tutaj znajduje się cukier; skuteczne są też lawatywy kroplowe z roztworu glukozy.

2. Czas trwania diety.

Czas trwania diety mlecznej nie powinien trwać zbyt długo i, skoro tylko stan chorego poprawia się, należy tę dietę zmienić. Jako dowód poprawy może służyć prawidłowe zabarwienie moczu i zniknięcie odbarwienia stolca, natomiast zabarwienie śluzówek i skóry trwa dłużej i nie stoi na przeszkodzie rozszerzeniu diety. Schemat diety chorych żółtaczkowych przedstawia się następująco: z początkiem choroby dieta mleczna dość surowa; w pierwszym tygodniu żółtaczki zbierane mleko, płyny ocukrzone i kroplówka z glukozy; w drugim tygodniu do powyższej diety można dodać kompoty i konfitury. Skoro stolce zaczynają nabierać zabarwienia dodajemy nieco pieczywa, zielonych jarzyn, owoców, wreszcie gdy rekonwalescencja już następuje można przejść do normalnego sposobu odżywiania oraz podać półsurowe lub surowe mięso. O ile wątroba pozostaje duża i istnieją jakieś zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, polecenia godne jest przeprowadzenie leczenia hydromineralnego a zwłaszcza wodą Vichy.

3. Dieta węglowodanowa i insulina.

Bauer wykazał, że w żółtaczkach djeta mleczna jest zbyt mało pomocną i zalecił podawanie glukozy połączone z wstrzykiwaniami insuliny. W tym celu wstrzykujemy 10 do 15 jednostek insuliny dziennie na godzinę przed posiłkiem południowym, przyczem posiłek ten powinien być bardzo bogaty w węglowodany a natomiast zupełnie pozbawiony tłuszczu. Posiłek wieczorny powinien mieć ten sam skład. Pomiędzy tymi dwoma posiłkami chory otrzymuje co dwie godziny 200 gr. cukrowanego mleka z wodą Vichy. Autor zaleca także lawatywę kroplową z glukozy.

Powyższy sposób leczenia żółtaczek zakaźnych należy uważać za najlepszy.

* * *

Rzekome zapalenia opłucnej u podstawy lewego płuca: rzekome tarcia opłucnowe pochodzenia płucno-sercowego. (Les fausses pleurites de la base gauche: pseudo-frottements pleuraux d'origine cardio-pulmonaire). J. Barbier. *Journ. Méd. de Lyon. Nr, 235, r. 1925.*

Autor zwraca uwagę na możliwość błędnego rozpoznania zapalenia opłucnej u podstawy lewego płuca, wskutek objawów przysłuchowych podobnych do tarcia opłucnowego, których prawdziwą przyczyną są ściśle określone i szczególne warunki, Pracę swą autor rozpoczyna podaniem czterech następujących historji choroby.

Przypadek pierwszy dotyczy dziewczyny, lat 28, która dotychczas była leczona przez szereg miesięcy z powodu suchego zapalenia opłucnej u podstawy lewego płuca. We krwi u chorej można było stwierdzić miernego stopnia niedokrewność. Kręgosłup chorej wykazuje wyraźną skoliozę, trwającą już od dzieciństwa. Wskutek tej skoliozy istnieje wyraźne zniekształcenie klatki piersiowej, zwłaszcza w dolnej, lewej części. W tem miejscu też można najwyraźniej wysłuchać rytmicznie występujące szmery o charakterze tarcia, przyczem rytmika występowania tych szmerów odpowiada zupełnie rytmice akcji serca. Prześwietlenie, obok wyżej wspomnianego zniekształcenia klatki piersiowej i skrzywienia kręgosłupa, nie wykazało zupełnie żadnych zmian chorobowych w płucach, w szczególności zaś w omawianem miejscu, a ruchomość lewej przepony była zupełnie prawidłowa. Obserwacja w ciągu trzech lat nie pozwoliła na stwierdzenie żadnych objawów chorobowych, podczas gdy rzekome tarcie u podstawy lewego płuca stale się utrzymywało.

Przypadek drugi dotyczy chorej, lat 34, u które również stwierdzono tarcie opłucnowe u podstawy lewego płuca, a która także była leczona przez czas dłuższy, nawet w sanatorjum, zarówno z tej przyczyny, jak i z powodu bólów głowy, bicia serca, ogólnego osłabienia i zbyt obfitych i nieregularnych perjodów. Badanie chorej wykazało tętno 120 na minutę, znaczną ogólną wrażliwość, anemiczny szmer nad sercem, we krwi ilość hemoglobiny około 65%, nieco powiększoną wątrobę i lekko żółtaczkowe zabarwienie skóry. W tym przypadku szmery słyszalne u podstawy lewego płuca przypominały łudząco tarcie opłucnowe, zwłaszcza gdy akcja serca była bardzo przyspieszona. I w tym przypadku żadnych innych zmian chorobowych nie udało się stwierdzić. W następnych latach chora zgłaszała się z powodu osłabienia stanu ogólnego, przyczem wyżej opisane szmery stale się utrzymywały, nigdy jednak nie udało się stwierdzić jakiegokolwiek rozwoju chorobowego w płucach lub opłucnej.

Przypadek trzeci dotyczył chorej lat 41, chora była leczona podobnie. jak i poprzednie z powodu długotrwałego i powtarzającego się zapalenia opłucnej u podstawy lewego płuca. jakkolwiek nigdy nie stwierdzono podwyżek ciepłoty. W przeciwieństwie do poprzednich chorych u tej chorej nie stwierdzono większej niedokrewności, gdyż ilość hemoglobiny wynosiła 80%. Badanie przedmiotowe wykazało serce prawidłowe, lecz bardzo wrażliwe, podczas gdy tętno wynosiło 108 na minutę. Ciśnienie krwi prawidłowe. U podstawy lewego płuca można było wyraźnie stwierdzić szmery, łudząco przypominające tarcie opłucnowe i synchroniczne z akcją serca. Dopiero prześwietlenie promieniami Rentgena wykazało zmiany, tłumaczące powstawanie powyższych

szmerów. Chora ta cierpiała na silną aerogastrję, wskutek czego lewa strona przepony była uniesiona ku górze na 3 cm. wyżej, niż po stronie prawej. Również i ruchomość strony lewej była znacznie upośledzona.

Niezależnie od tych szmerów, synchronicznych z akcją serca, lecz powstających w szczególnych warunkach, przy równoczesnym braku szmerów sercowych lub osierdziowych istnieją też przypadki, w których analogiczne szmery, słyszalne u podstawy lewego płuca, są pochodzenia czysto sercowego, przyczem chodzi tu o szczególne przenoszenie się szmerów powstałych przy organicznych wadach serca.

Jako przykład powyższej możliwości autor przytacza historję choroby, chorej lat 35, z niedomykalnością zastawki dwudzielnej, u której można było stwierdzić u podstawy lewego płuca, wyraźne szmery synchroniczne z akcją serca i zupełnie podobne do tarcia opłucnowego.

Co się tyczy **patogenezy** powstawania tego rodzaju szmerów, autor podaje następujące przyczyny: W niektórych przypadkach, jednym z warunków powstawania tego rodzaju szmerów są zniekształcenia klatki piersiowej (przyp. 1.). Obok zniekształceń klatki piersiowej należy też wymienić szczególne położenie i ruchomość przepony po stronie lewej np. z powodu aerogastrji lub aerokolji w zgięciu śledzionowem (przyp. 3.). Stan krwi, w szczególności zaś niedokrewność (dwa pierwsze przypadki) gra tu niewątpliwie również znaczną rolę. Wreszcie, w niektórych przypadkach chodzić będzie tylko o przeniesienie się szmerów, pochodzenia czysto sercowego. Należy też podkreślić, że objaw opisany wyżej jest wyraźniej słyszalny i najbardziej przypomina tarcie opłucnowe wówczas, gdy akcja serca jest bardzo szybka.

Co się tyczy rozpoznania i znaczenia rzekomego tarcia opłucnowego, autor zastrzega się, że chodzi mu tylko o zwrócenie uwagi celem uniknięcia łatwego błędu, dotyczącego rozpoznania cierpienia (zapalenie opłucnej). Rzekome tarcie opłucnowe zazwyczaj wyraźniej słyszy się w czasie wdechu, niż wydechu; w miarę jak chory czyni głęboki wdech, tarcie rzekome, początkowo bardzo wyraźne, staje się coraz słabiej słyszalne a wreszcie przechodzi w słaby, z głębi słyszalny szmer. Zależność tarcia rzekomego od akcji serca daje się łatwo stwierdzić, gdy osłuchujemy równocześnie klatkę piersiową z tyłu, w dole, po lewej stronie i równocześnie obmacujemy tętnicę szyjną. Choć tarcie rzekome jest wyraźniej słyszalne przy przyśpieszonej akcji serca, to jednak synchronizm trudniejszy jest do stwierdzenia, gdy akcja serca przekracza 100 uderzeń na minutę. Drugim dowodem zależności powyższego objawu od akcji serca jest fakt, że tarcie rzekome daje się niekiedy stwierdzić po wstrzymaniu oddechów. Zwykle jednak w tych przypadkach tarcie rzekome jest słabiej słyszalne. Co się tyczy znaczenia tego objawu, jest on raczej negatywny. Jak przytoczone przypadki wskazują, tacy chorzy bywają przez miesiące lub lata leczeni w miejscach klimatycznych z powodu cierpienia opłucnej, którego w rzeczywistości niema. Znacznie dziś trudniej jest ustalić pozytywne znaczenie tego objawu. Powyżej przedstawiono rozmaite warunki, wśród których może wystąpić rzekome tarcie opłucnej; szczególne znaczenie autor przypisuje raczej warunkom anatomicznym, przyspieszeniu akcji serca i niedokrewności.

Sztuczna odma przeciwkrwotoczna u 60cioletniej kobiety z gruźlicą włóknistą. (Pneumothorax hémostatique dans un cas de tuberculose fibreuse cicatricielle, chez une femme de soixante ans). H. Gardére. *Journ. de Méd. de Lyon. Nr. 235. r. 1929.*

Chora lat 60, przed dwudziestu pięciu laty była leczona z powodu gruźlicy płuc. Sprawa chorobowa niebawem się uspokoiła, dopiero przed dziesięciu laty wystąpiły silne krwawienia maciczne. Przed dziewięciu laty wystąpił krwiomocz: przed trzema laty krwioplucia, trwające 8 dni, które niebawem ustąpiły. Wówczas wykonane prześwietlenie płuc wykazało zmiany gruźlicze w górnym płacie prawym.

Chora ta nagle zaczęła pluć krwią, przyczem ilość odplutej krwi można było określić na około 300 c. sz. W ciągu pięciu dni. krwioplucia i krwiotoki płucne powtarzały się stale, mimo stosowania odpowiedniej diety oraz całego szeregu środków i zabiegów. Chorej podawano opium i morfinę doustnie, chlorek wapnia dożylnie, kilkakrotnie wstrzykiwano podskórnie pituitrynę, polecano wdychiwać azotan amylowy, podskórnie wstrzykiwano 10% roztwór żelatyny, zakładano elastyczne opaski na dolne kończyny, oraz podawano chorej surowicę końską. Powyższe środki i zabiegi niekiedy wstrzymywały krwotoki, przeważnie jednak pozostawały bez skutku. Wobec znacznego stopnia niedokrewności, chorej założono odmę sztuczną po stronie prawej, wprowadzając do jamy opłucnej odrazu 2 litry powietrza i doprowadzając ciśnienie wewnątrz opłucnowe do wysokich liczb $+6+8$. Powyższy zabieg wstrzymał zupełnie i trwale krwioplucia.

Co się tyczy przyczyny powyższego krwioplucia, autor podnosi, że wystąpiło one nagle, bez gorączki, u osoby dobrze odżywionej i ważącej 78 kg., która w ostatnich latach nie wykazywała żadnych, czynnych zmian gruźliczych i u której badanie przedmiotowe w czasie krwotoku nie pozwoliło również na stwierdzenie bliższych cech procesu chorobowego tak, że przy zakładaniu odmy sztucznej autor musiał się oprzeć na wyniku poprzednich badań, Czynnikami przysposabiającemi do wystąpienia krwotoków były zmienne warunki atmosferyczne w owym czasie, wzmożone ciśnienie krwi u chorej (156 mmHg), „pełnokrwistość“ chorej oraz pewna skłonność do krwawień, o czem można było wnioskować na podstawie wywiadów. (Krwotoki maciczne, krwiomocz, krwioplucie).

Autor przez 5 dni wstrzymywał się od założenia odmy sztucznej, ze względu na daleko posunięty wiek chorej, następnie obawiał się istnienia zrostów opłucnej, które przy założeniu odmy sztucznej mogły tylko sprawę pogorszyć, wreszcie nie można było ustalić, w sposób dokładny, źródła krwawienia. Dopiero ciężki stan chorej i nieuchronna groźba zejścia śmiertelnego, skłoniły autora, po naradzie odbytej z prof. *Courmont'em* do założenia odmy sztucznej.

Co się tyczy dalszego postępowania, autor zdecydował się na utrzymywanie odmy sztucznej z obawy nowego krwotoku, powstania zrostów opłucnowych i dla utrzymania korzystnych warunków dla konsolidacji tkanki płucnej, z której nastąpiło krwawienie. Przy dalszem utrzymywaniu odmy sztucznej, autor zachowuje ciśnienie wewnątrz-opłucnowe na poziomie — 5—2 wstrzykując co 15 do 20 dni po 300 ccm powietrza.

Zakażenie przez spirochaete ictero-haemorrhagica wywołane przez rzeczne kąpiele. (Recrudescence estivale de la spirochétose ictéro-hémorragique provoquée par les bains de riviére). J. Troisier, Léon—Kindberg. i Monnerot—Dumaine. *Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 26, r. 1929.*

W początku badań nad zakażeniem przez spirochaete ictero-haemorrhagica (Inada) autorowie starali się sprowadzić przyczynę tego cierpienia do zakażenia się chorych wskutek zetknięcia się ze szczurami. Wiadomo bowiem, że w przewodzie pokarmowym szczurów znajduje się często powyższy krętek. Niebawem też wykazano, że istnieją inne krętki podobne do spirochaete ictero-haemorrhagica, które mogą wywołać zupełnie typową żółtaczkę zakaźną u człowieka. W nielicznych przypadkach stwierdzono możliwość zakażenia i zachorowania na żółtaczkę zakaźną osób, które używały kąpieli rzecznych, lub też w niechlujnie utrzymanych pływalniach, zwłaszcza gdy osoby tę głęboko nurkowały w czasie kąpieli. Autorowie opisują typowy przypadek zakaźnej żółtaczki, wskutek kąpieli.

Chory lat 32, zachorował przed czterema dniami nagle, wśród gwałtownych dreszczów, wymiotów, bólów głowy, oraz sztywności szyji i kręgosłupa. Badanie wykazuje znaczną bladość i żółtawe zabarwienie powłok. Silny mięśniowy ból w udach, sztywność karku i dodatni objaw *Kerniga*, na nozdrzach opryszczkę, ciepłota 39° C. mocz zawierający barwiki żółciowe bez białka. W następnych dniach żółtaczka staje się bardzo wyraźna, stolec odbarwia się, mocz bardzo ciemny, wątroba i śledziona niepowiększone, przyczem brak jest objawów krwotocznych oraz swędzenia skóry. Ciśnienie krwi nieco obniżone (110/60) we krwi azotemia: 1.20 gr. Gorączka utrzymuje się jeszcze przez cztery dni. Dziewiątego dnia choroby ciepłota gwałtownie opada i przez dziesięć dni utrzymuje się na poziomie prawidłowym. Dopiero dwunastego dnia żółtaczka zaczyna się nieco zmniejszać, wówczas też występuje znaczna polyuria a azotemia opada do 0,40 gr. Dwudziestego dnia choroby gorączka znowu podnosi się do 38° i na tym poziomie trwa dziesięć dni. Żółtaczka coraz bardziej słabnie, stolce zabarwiają się, mocz jasny i w mniejszej ilości niż poprzednio, azotemja 0.17 gr. Trzydziestego dnia choroby rozpoczyna się rekonwalescencja a odczyn *Martina* i *Pettita* (na spirochaete ictero-haemorrhagica) dał wynik dodatni w stosunku 1:200.

Powyższy przypadek jest typowy dla zakaźnej żółtaczki o typie nawrotowym z opryszczką, bólami mięśniowymi, odczynem ze strony opon mózgowych azotemią i dodatnim odczynem *Martina i Pettita*. Spadek azotemji przy spadku ciepłoty ciała wykazuje dobrotliwość danego przypadku.

Zachorowanie powyższego chorego jest charakterystyczne. Tego roku Sekwana stała bardzo nisko, chory zaś kąpiąc się nurkował oraz łykał wodę rzeczną. Ze względu na możliwość zakażenia się tą drogą, w przyszłości należy zwrócić uwagę na odpowiednie środki ochronne.

W dyskusji *de Massary* przytacza dwa przypadki zakażenia się spirochaete ictero-haemorrhagica wskutek kąpieli rzecznych. W obu przypadkach chodziło o typ płucny. W przypadku pierwszym chory lat 27 wykazywał objawy przekrwienia u podstawy płuca prawego z krwawą plwociną. Żółtaczka o charakterystycznych cechach, niebawem się pojawiła, przyczem wystąpiły nieznaczne krwawienia z nosa, wybroczyny podspojówkowe, bóle głowy i mięśni. Nakłucie lędźwiowe wykazało w płynie mózgo-rdzeniowym zwiększenie się liczby elementów morfotycznych (65 komórek w 1 mm.); azotemia wynosiła 1.95, poczem spadła do 0.25 gr. Ciepłota okresowo dochodziła do 40° serodjagnostyka dała również wynik dodatni, jak i wstrzyknięcie moczu śwince morskiej. W drugim przypadku objawy chorobowe były zupełnie podobne.

Etienne Bernard przytacza trzy przypadki stwierdzonego serologicznie zakażenia przez spirochaete ictero-haemorrhagica.

Brodin przytacza przypadek chorego lat 40, u którego objawy były bardzo ciężkie, zwłaszcza że strony nerek (doszło aż do bezmoczu), przyczem chory zmarł.

Wszyscy mówcy podkreślali analogiczne warunki zakażenia, we wszystkich bowiem przypadkach chodziło o kąpiele rzeczne połączone z nurkowaniem.

Przypadek niedokrewności złośliwej oporny na leczenie wątrobą. (Un cas d'anémie pernicieuse ayant résisté au traitement hépatique). H. Mondon. *Soc. Méd. des Hopit. Nr. 26, r. 1929.*

Chory zgłasza się do szpitala z powodu nieżytu oskrzeli. Z wywiadów wynika, że zawsze był blady, w dzieciństwie przechodził błonicę, później kilkakrotnie nieżyty oskrzeli a przed pół rokiem był bardzo osłabiony z powodu obfitego krwotoku z nosa i dziąseł.

Badanie przedmiotowe, oprócz zwykłego nieżytu, nie wykazało żadnego schorzenia płuc (prześwietlenie promieniami Roentgena i badanie plwociny ujemne). Badanie narządu krążenia nie wykazuje również zmian chorobowych, z wyjątkiem nieznacznych wybroczyn na skórze brzucha. Stolce prawidłowe, nie zawierają krwi ani jej pasorzytów, wątroba niebolesna, na palec niżej łuku żebrowego, układ nerwowy bez zmian. Mocz bez zmian; badanie krwi wykazuje: ciałek czerwonych 2,697900; hemoglobiny 75%, wskaźnik barwny 1,39, ciałek białych 4,875, w tem wielojądrzastych obojętnochłonnych 61%, jednojądrzastych i przejściowych 13%, limfocytów 22%. Odporność osmotyczna krwinek prawidłowa, brak anizo i pojkilocytozy i krwinek jądrzastych.

Chory otrzymuje codziennie 125 gr. lekko gotowanej wątroby, razem z rosołem, przy każdym posiłku. W miesiąc później liczba ciałek czerwonych wynosi 2,325,000 wskaźnik barwny 1,55, ciałek białych 4.312. W następnym miesiącu występują lekkie krwotoki z nosa a po wyrwaniu zęba długotrwały krwotok z dziąsła. Badanie czasu krwawienia wykazuje 30 minut, czas krzepnienia krwi 20 minut, skrzep krwi prawie całkiem niekurczliwy, objaw opaskowy ujemny. Po drugim miesiącu leczenia zapomocą podawania wątroby, ilość ciałek czerwonych wynosi tylko 2.077.000, wskaźnik barwny 1,73 brak anizo i pojkilocytozy, oraz krwinek jądrzastych. Stan ogólny chorego jednak nie pogarsza się i chory wypisuje się do domu. Według otrzymanych wiadomości, stan chorego w domu niebawem zaczął się pogarszać, występowała duszność i bicia serca i mimo leczenia zapomocą podawania żelaza oraz preparatów ze śledziony i wątroby, chory zmarł w pół roku po opuszczeniu szpitala.

W powyższym przypadku chodziło, według autora niewątpliwie o chorobę Biermera, t. j. o niedokrewność złośliwą, postępującą, aplastyczną z objawami krwotocznymi, co ostatecznie doprowadziło do zejścia śmiertelnego. Autor przypomina, że początkowo utrzymywano, iż opoterapja wątrobowa, działając skutecznie w przypadkach niedokrewności złośliwej, nie przeciwstawia się jednak ciężkim niedokrewnościom wtórnym. Dalsze badania wykazały jednak, że wiele przypadków wtórnej niedokrewności poddaje się leczeniu metodą *Whipple'a*. Autor sam opisał podobny zespół krwotoczny z ciężką niedokrewnością o typie złośliwym, wyleczony podawaniem wątroby. Wobec korzystnych naogół wyników leczenia metodą *Whipple'a*, powyższy przypadek, oporny na opoterapję wątrobową, zasługuje na szczególną uwagę.

Działanie niektórych leków na przełyk. (Effets sur l'oesophage de quelques medicaments). P. Guns. *Arch. des Mal. de l'Appar. dig. et des Mal. de la Nutririon. Nr. 9, 1928.*

Dotychczasowe badania nad połykową czynnością przełyku przeprowadzano na zwierzętach; autor wykorzystał dla swoich badań prześwietlanie promieniami Roentgena, a to w szczególności do doświadczeń nad wpływem atropiny, pilokarpiny, adrenaliny, ergotaminy i papaweryny na przełyk. Już u człowieka zdrowego proces połykania różni się zależnie od właściwości fizycznych połykanej substancji. Następnie należy wymienić indywidualne właściwości połykania.

Istnieją też szczególne miejsca, w których często odczuwa się zatrzymywanie pokarmu. Do tych miejsc należy wpust żołądka i część przełyku na wysokości drugiego kręgu piersiowego, co odpowiada położeniu tętnicy głównej. Jest rzeczą szczególną, że w tych właśnie miejscach umiejscawia się najczęściej rak. Cały proces przebiegania łyku przez przełyk trwa prawidłowo 5 do 6 sekund. Teoretycznem zagadnieniem autora było zbadanie wpływu wyżej wspomnianych leków, jako jadów swoiście działających na układ wegetatywny, który unerwia przełyk; praktycznie zaś chodziło o stwierdzenie, czy powyższe leki, stosowane bardzo często w cierpieniach przełyku, wyraźnie okażą swą skuteczność.

Wpływ atropiny i pilokarpiny. Autor wstrzykiwał 1 mlgr. atropini sulf. podskórnie a po upływie pół godziny badał na ekranie czynność połykową, podając badanemu łyk rzadkiej papki barytowej a następnie kapsułkę barytową. Podobne badania przeprowadził także nad pilokarpiną, wstrzykując 1 ctgr. pilocarpini muriatici.

Wpływ atropiny był wyraźnie opóźniający połykową czynność tak, że badany, u którego przed podaniem leku, czynność połykowa w pozycji stojącej trwała 5 do 6 sekund, pod wpływem atropiny połykał łyk barium w przedłużonym czasie do 12 –15 sekund, niekiedy nawet do 20 sekund. Jeden raz tylko czas ten wynosił 8 do 9 sekund. Pod wpływem pilokarpiny czynność połykowa trwała około 3 sekund. Jeden z chorych opisywał proces połykania pod wpływem pilokarpiny, jako „przelatywanie pocisku".

Pod wpływem atropiny można było stwierdzić lekkie zatrzymywanie się łyku na wysokości aorty, znacznie częściej miało to miejsce na wysokości wpustu, przyczem papka bizmutowa małemi częściami dostawała się do żołądka. Pod wpływem pilokarpiny połykanie odbywało się bez przerw. Należy zauważyć, że autor podawał nieco wody w swoich doświadczeniach nad atropiną, aby uniknąć zarzutu, że zwolnienie procesu połykania zależy od suchości, wywołanej tym środkiem.

Powyższe wyniki wykazują wbrew oczekiwaniu, że osłabienie napięcia nerwu błędnego wzmaga skurcz wpustu, podczas gdy drażnienie tego nerwu zapomocą pilokarpiny zmniejsza opór, jaki czyni wpust przy połykaniu.

Wpływ adrenaliny i ergotaminy. Wpływ nerwu współczulnego na przełyk nie jest przez wszystkich uznany. W odniesieniu do jelit czynność nerwu współczulnego jest przeciwna, niż czynność nerwu błędnego. W badaniach autora możnaby się było zatem spodziewać, że adrenalina, która drażni nerw współczulny powinna działać tak, jak atropina, która poraża nerw błędny. Działanie ergotaminy jest przeciwne niż adrenaliny, a zatem powinno być podobne do wpływu pilokarpiny. Wyniki tych badań nie były tak wyraźne, jak wyniki badań poprzednich. Wobec tego autor nie znajduje dostatecznych argumentów, przemawiających za unerwieniem przełyku przez układ współczulny. Niektóre zaś badania przemawiały za tem, że adrenalina przypomina raczej działanie pilokarpiny aniżeli atropiny, jak by to można było teoretycznie dedukować. Ergotamina w niektórych przypadkach wykazywała działanie przeciwne, niż adrenalina.

Wpływ papaweryny. Papaweryna jest uważana za środek przeciwskurczowy, którego wpływ polega na działaniu wprost na mięśnie gładkie; stąd też papawerynę stosuje się przeciwko stanom skurczowym żołądka i przełyku. Autor wstrzykiwał 3 ctgr. papaverini muriatici a po upływie pół godziny badał czynność przełykową. Akta przełykania pod wpływem papaweryny jest przedłużony do 7—9—12 sekund; to przedłużenie jest wywołane przedewszystkiem wolniejszem przesuwaniem się papki kontrastowej w częściach przełyku poza miejscami wyżej opisanemi, jako charakterystyczne dla stanów skurczowych. W odróżnieniu od innych, badanych przez autora leków, papaweryna wywoływała szczególny objaw, polegający na tem, że masa kontrastowa jakgdyby odbijała się od wpustu na 6 do 15 cm w górę, co niekiedy kilkakrotnie się powtarzało, zanim bez najmniejszej już przeszkody dostała się do żołądka. Objaw ten autor tłumaczy, jako gwałtowny skurcz antiperystaltyczny, co oczywiście przemawia, wbrew oczekiwaniu, raczej za podrażnieniem mięśni gładkich aniżeli za ich porażeniem.

Powyższe badania autora dały zatem wręcz przeciwne wyniki od tych, jakich się można było spodziewać.

Próba zapomocą podawania wina w schorzeniach wątroby. (L'épreuve du vin chez les hèpatiques). N. Loeper, L. Michaux, S. de Sèze. *Presse Méd. Nr. 90. r. 1929.*

Autorowie podnoszą, że mimo licznych prac, wpływ wina na wątrobę nie jest dostatecznie wyjaśniony, szczególnie zaś nie wiemy czy wino jest mniej czy więcej szkodliwe pod tym względem, aniżeli alkohol. Jedno jest pewnem a mianowicie, że niewielkie dzienne dawki wina (od 5 ccm na 1 kg. wagi) naturalnego nie posiadają szkodliwego wpływu na człowieka zdrowego.

Jak wiemy, istnieje wiele leków, które wywierają wpływ na czynność wątroby. Nie należy jednak zapominać, że znaczna ilość pokarmów mniej lub więcej złożonych, posiada to samo działanie. Ponieważ zaś rozmaite środki stosowane w badaniu i leczeniu wątroby, wywierają wpływ i na inne narządy, podobnie zresztą jak leki, przeto ze względów fizjologicznych należy raczej stosować środki złożone. Dla tego autorowie dokonali swych badań stosując wino, które zawiera alkohol etylowy w ilości około 10°/₀₀, następnie alkohole drugorzędowe, jeden alkohol trzyatomowy, glicerynę, kwas winny i octowy, aldehydy, etery, kwasy aminowe, tanine, nieorganiczne połączenia potasu, żelaza, sodu i wapnia — a zatem z małymi wyjątkami wszystkie takie ciała, których wpływ na wątrobę jest niewątpliwy.

Badania te dokonano u ludzi zdrowych i chorych przez doustne podanie wina, przyczem badano ilość żółci wydzielanej do dwunastnicy (zapomocą dwnastniczego zgłębnika); następnie badano w moczu współczynnik azotowy, zmiany w utlenianiu siarki i inne. Te badania wykazały, że wino wywołuje przedewszystkiem znaczne powiększenie się wydzielania żółci do dwunastnicy, przyczem wino białe i słodkie działa silniej, aniżeli wino czerwone. Wpływ na inne czynności wątrobowe zależał od stanu wątroby. Doświadczalne badania na zwierzętach wykazały analogje do badań na ludziach.

Na podstawie powyższych badań autorowie dochodzą do wniosku, że pod wpływem wina wzmaga się czynność obronna, proteopektyczna i antyhemoklastyczna wątroby. Leczenie zapomocą podawania wina stosować można u chorych na wątrobę jednak tylko wówczas, gdy wątroba nie jest wyczerpana bądź to wskutek zasadniczego cierpienia, bądź też skutkiem leczenia innymi środkami. Leczenie takie nie powinno przekraczać 8 do 10 dni. Np. u dwuch chorych, którzy cierpieli na pokrzywkę po spożyciu ryby, pokrzywka ta nie pojawiała się jeśli ci chorzy wypijali przytem 200 gr. czystego wina.

Próba przez podawanie wina pozwala na wyprowadzenie pewnych wniosków rokowniczych u chorych na wątrobę, przyczem wyniki tej próby są zupełnie zgodne z wynikami uzyskanymi przez próbę cukrową lub miodową.

Z. Gorecki.

CHIRURGJA.

Obraz kliniczny i leczenie operacyjne ropni mózgowych (Considérations sur l'évolution clinique et le traitement des abscès du cerveau et du cervelet—forme encéphalitique). Aloin. *Lyon Chirurg. XXVI, Nr. 4, sierpień—wrzesień 1929.*

Poza przypadkami ran głowy i złamań czaszki, przyczyną olbrzymiej większości ropni mózgowych jest zakażenie ucha lub zatok czaszkowych. Na typowy obraz kliniczny składają się: 1) ogólne objawy zakażenia — częste tętno przy prawidłowej ciepłocie i szybko postępujące wychudzenie gorączka bywa naogół rzadko i jest wówczas zwykle uwarunkowana przez obecność zapalnego ogniska w kości; 2) objawy wzmożenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego — z nich najczęściej się stwierdza gwałtowne bóle głowy, zaburzenia psychiczne (odrętwienie, apatja, senność), i tarczę zastoinową dna oka; chociaż w niektórych przypadkach chory i psychicznie, i cieleśnie czuje się zupełnie dobrze prawie do samego końca, to jest kiedy wskutek przebicia się ropnia do komory mózgowej wystąpi nagle śpiączka szybko prowadząca do zejścia śmiertelnego; 3) objawy ogniskowe — jakkolwiek są dosyć charakterystyczne (hemianopia, porażenie nerwu twarzowego, objawy móżdżkowe), tem niemniej występują nieczęsto i to zwykle w końcowych okresach choroby.

Zabieg operacyjny jest wskazany, jak tylko ustali się rozpoznanie ropnia, a nawet chociażby tylko podejrzenie, i ma na celu — opanowanie schorzenia przyczynowego, np. zapalenia kości skalistej, odnalezienie ropnia (nakłuciami) i dokładne jego sączkowanie przez czas dostatecznie długi. Wycięcie kości czaszki musi być dokonane na dość dużej przestrzeni, conajmniej 6 cm × 6 cm; na wypadanie tkanki mózgowej poprzez otwór w oponie twardej (prolapsus cerebri) należy patrzeć jako na objaw pomyślny, na odczyn obronny ustroju, gdyż wypadnięta w ten sposób nacieczona zapalnie tkanka mózgowa goi się w znacznie lepszych warunkach, a w miarę postępowania procesu gojenia się wypadnięcie to cofa się; wypadnięta część mózgu przez cały czas czynnościowo pozostaje zupełnie sprawna.

Operację wykonywa się dwuczasowo; między obnażeniem mózgu a otwarciem ropnia powinno upłynąć conajmniej kilka godzin. Jamę ropnia sączkuje się zapomocą sączka gumowego, opatrunki zmienia się jak najrzadziej i jak najmniej obrażając tkankę mózgową (gaza wazelinowana); w miarę powiększania się wypadnięcia mózgowia zapalnego jego sączkowanie staje się zbędne.

Autor spostrzegał i operował w ten sposób 1 przypadek ropnia zrazu czołowego, 1—zrazu skroniowego i 1—móżdżku; we wszystkich otrzymał zupełne wyleczenie, bez jakichkolwiek następowych zaburzeń psychicznych.

Przyczynek do plastyki całkowitej nosa (Sur la rhinoplastie). Ingebrigtsen-Patel. *Lyon Chirurg XXVI, Nr. 4, sierpień—wrzesień 1929.*

Przeszczep kostny, użyty do jakichkolwiek operacyj plastycznych, ulega zawsze narazie rozrzedzeniu i wessaniu; dopiero po pewnym czasie w tym samym miejscu, wytwarza się nowa kość. Pamiętać o tem należy przy wyborze odpowiedniej metody również w przypadkach plastyki całkowitej nosa.

Autor w przypadku ubytku skórno-chrząstkowego nosa w następstwie gruźlicy skóry (lupus) zastosował, z wynikiem kosmetycznym i czynnościowym bardzo dobrym, sposób następujący:

I tempo. Uruchomienie na czole poprzecznego płata skórnego w kształcie daszka od czapki (lambeau en visière), uszypułowanego od obu stron skroniowych; przeszczep kostno-okostnowy 8×3 cm², grubości 2 — 3 mm, wzięty z kości piszczelowej umieszcza się pod środkową częścią płata skórnego, między skórą i czepcem, okostną dowewnątrz, podłużnie w linji pośrodkowej ciała; przeszczep ten uprzednio przecina się podłużnie na równe części; ranę zaszywa się doszczętnie.

II tempo. Po upływie 4 miesięcy, w którym to czasie przychodzi do skutku wessanie się przeszczepu i jego powtórne nowowytworzenie się w głębi rany, zagojonej rychłozrostem, następuje ponowne uruchomienie zrazu czołowego (tym razem wraz z przeszczepem kostnym) z zachowaniem szypuł skroniowych jak wyżej); cięcia muszą być w ten sposób przeprowadzone, by dolny koniec przeszcze-

pu wypadł na połowie odległości między górnym i dolnym brzegiem cięcia skórnego. Uruchomiony w ten sposób płat skórny, wiszący na szypułach skroniowych, przesuwa się w dół na mający być pokrytym ubytek nosa; zdwaja się go następnie w ten sposób, że dolną połowę podwija się pod górną—przeszczep kostny jest osłonięty wówczas i odwewnątrz — i wreszcie, wolny brzeg warstwy dolnej przyszywa się do okrwawionego na przestrzeni 2 — 3 cm śluzówkowego brzegu ubytku (grzbiet nosa), zaś warstwy górnej — do skórnego brzegu ubytku.

III tempo. Po 2 tygodniach odcina się płat, potrzebny do pokrycia ubytku, od swej szypuły po stronie lewej, obnaża się wyrostek nosowy szczęki górnej lewej, przyszywa się doń drutem lewy brzeg zgiętego w kształcie rynienki przeszczepu kostnego (przyszły grzbiet nosa), poczem zeszywa się doszczętnie tkanki miękkie tej strony nosa, a szypułę lewą przenosi się z powrotem na swoje miejsce na czole.

IV tempo. To samo — po stronie prawej (w 2—3 tygodnie). Ubytek ostateczny na czole pokrywa się sposobem *Thierscha*.

„Buttelline"—nowy środek znieczulający, zastosowany z powodzeniem w praktyce urologicznej. (Quelques observations sur un nouvel anesthésique local appliqué dans la pratique urologique courante). Chaignon. *Paris Médical. Nr. 43, październik 1929.*

Jest to paraaminobenzoesan dibutylamino propanolu. Środek ten przewyższa w swem działaniu znieczulającem kokainę, nie wykazując pomimo to wcale właściwych tej ostatniej własności trujących. Wypływają stąd wskazania do stosowania tego środka zamiast kokainy w oto-laryngologji, okulistyce i urologji, gdzie też został już wypróbowany z bardzo dobrym wynikiem.

Autor w swej praktyce urologicznej stosował Buttelinę w 1% i 5% roztworze, wprowadzając ją do cewki moczowej i pęcherza, przeważnie w celu umożliwienia zbadania wziernikiem pęcherza moczowego (gruźlica, nowotwory) całego szeregu chorych, u których pojemność pęcherza była znikomo mała, a już samo wprowadzenie wziernika było uniemożliwione przez swoją bolesność. Wyniki miał zawsze bardzo dobre. U jednego chorego, u którego po wprowadzeniu do cewki 10 cm³ 1% roztw. kokainy występowały stale objawy zatrucia, po wprowadzeniu 20 cm³ 1% roztworu butelliny objawów tych nigdy nie zauważono.

Udział nerki w powstawaniu bólów prawej połowy brzucha. (La place du rein dans les phénomenes douloureux du flanc droit). Papin. *Paris Médical nr. 42, październik 1922.*

Autor zwraca tutaj uwagę na zbyt dużą pohopność, z jaką lekarze odnoszą bóle prawej połowy brzucha do narządów, położonych wewnątrzotrzewnowo (wyrostek, pęcherz żółciowy!), niedoceniając roli nerki w powstawaniu tych bólów. Bóle te i pozostałe objawy mogą tu zależeć wyłącznie od schorzenia nerki, albo też—obok nerki— i narządy wewnątrzotrzewnowe są zmienione chorobowo, z przewagą jednej lub drugiej strony. A zabieg operacyjny (wycięcie wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego, wstępnicy i t. p.), albo nie sprowadzi żadnej poprawy w stanie chorego, albo też może nawet wywołać pogorszenie; tak np. czasami powstają wtórne zmiany chorobowe w moczowodzie prawym po operacjach na kątnicy i wstępnicy.

Pomyłki rozpoznawcze dotyczą tu: wodonercza (we wczesnym okresie), zapalenia miedniczek nerkowych, kamicy (kamień w moczowodzie), a nawet niektórych postaci przewlekłego zapalenia nerek, przebiegających z bólami; zaznaczyć tu należy, że aczkolwiek sam miąższ nerkowy jest niewrażliwy, to jednak miedniczki, kielichy i otoczka nerkowa reagują bólem na niektóre bodźce, przedewszystkiem — na rozciąganie.

W przypadku wodonercza jedynie rozstrzygającem pod względem rozpoznawczym będzie wykonanie pyelografji, w przypadku zaś kamicy moczowodowej — zdjęcia rentgenowskiego okolicy moczowodu.

Leczenie stanów ogólnego zakażenia zapomocą podwiązywania żył, wychodzących z ogniska zakażenia. (Le traitement chirurgical des septico — pyémies; la question des thrombo-phlébites et des ligatures veineuses). Dreyfus-Sée. *La Presse Méd. nr. 93. listopad 1929.*

Zgodnie z najnowszemi poglądami na patogenezę stanów ogólnego zakażenia (septico-pyaemia), drobnoustroje przedostają się do krwiobiegu tego rodzaju chorych okresowo z ogniska pierwotnego zakażenia; ale rozmnażanie się ich we krwi ma miejsce jedynie w bardzo rzadkich przypadkach, zwykle dopiero w końcowych okresach choroby — bezpośrednio przed śmiercią. Zakażenie ogólne przychodzi do skutku na drodze powstawania zakażonych zakrzepów żylnych w sąsiedztwie ogniska pierwotnego, i to najczęściej drobnych zakrzepów przyściennych, niezamykających całkowicie światła żyły. Drobnoustroje, uniesione prądem krwi wraz z cząsteczkami takiego zakrzepu, dają początek nowemu ośrodkowi zakażenia, lub też giną wkrótce dzięki własnościom bakterjobójczym samej krwi.

A więc mechanizm ogólnego zakażenia będzie polegał na powtarzającem się przechodzeniu drobnoustrojów chorobotwórczych do krwiobiegu z ogniska pierwotnego zakażenia za pośrednictwem zakrzepów żył sąsiednich.

Z powyższego określenia nasuwają się nowe uwagi na temat leczenia chirurgicznego tych stawów, a mianowicie — poza zwalczaniem zakażenia w pierwotnem ognisku wskazanem byłoby uniemożliwienie przedostawania się zeń drobnoustrojów do krwiobiegu przez podwiązanie większych pni żylnych. Próby takie były robione w przypadkach zakażeń uszno-gardlanych, jak zapalenie ropne wyrostka sutkowatego lub ropień przymigdałkowy (podwiązanie żyły szyjnej głębokiej), i przypadkach zakażeń połogowych (podwiązanie obustronne żył macicy i przydatków, a nawet żył podbrzusznych). Próby te w całym szeregu przypadków dały podobno wynik pomyślny. Pewne trudności nasuwają się tu, jeśli chodzi o rozstrzygnięcie, czy już ma miejsce zakażanie ogólne z da-

nego ogniska i na drodze których pni żylnych odbywa się ono. Wielce pomocnem bywa tutaj badanie bakterjologiczne krwi pobranej nie z żył, położonych daleko od ogniska pierwotnego zakażenia, ale z żył w jego bezpośredniem sąsiedztwie; doświadczenia pokazały, że ta ostatnia zawiera już drobnoustroje wtedy, kiedy we krwi ogólnego krwiobiegu wykryć ich jeszcze nie można.

Metoda leczenia zakażeń ogólnych podwiązywaniem żył jest jeszcze zbyt młoda i na zbyt skąpym oparta materjale klinicznym, by można było już dziś wydać o niej sąd. Tem nie mniej sama myśl jest bardzo ciekawa i zasługuje na poparcie alszemi badaniami.

Wstrzykiwania roztworu chlorku sodu w przebiegu ostrej niedrożności jelit. (Les bases physiologiques de la thérapeutique salée dans l'occlusion intestinale). Denis. *La Presse Méd. nr. 94, listopad 1929.*

Od czasu wprowadzenia do lecznictwa ostrej niedrożności jelit wstrzykiwań stężonych roztworów chlorku sodu zaczęły podnosić się głosy co do skuteczności tego sposobu leczenia krańcowo sprzeczne: jedni widzieli bardzo dobre wyniki i gorąco ten sposób polecają, inni — nie zauważyli po tem żadnej poprawy. Ta pozorna sprzeczność zniknie, jeśli się uwzględni podział wszelkich przypadków ostrej niedrożności jelitowej na 2 grupy: 1) niedrożność o wysokiem umiejscowieniu, niedaleko odźwiernika,, dla której charakterystycznem jest znaczne zubożenie ustroju w chlorki, będące w związku z ich stratą bezpowrotną w następstwie częstych i obfitych wymiotów lub też zahamowania wtórnego wsysania się w niższych odcinkach przewodu pokarmowego tych chlorków, które zostały wydzielone z sokiem żołądkowym (jak to ma miejsce w warunkach prawidłowych); 2) niedrożność o niskiem umiejscowieniu — tutaj niema naogół warunków do zubożenia ustroju w chlorki, które zostają wydzielane i wtórnie wchłaniane naogół prawidłowo; ale w tych przypadkach na pierwszy plan obrazu klinicznego występuje zatrucie ustroju produktami rozpadu białka, zawartego w świetle kiszek; podobnie rzecz się ma w przypadkach, gdzie wogóle ściana kiszki uległa daleko idącym zmianom, umożliwiającym wsysanie się do krwiobiegu jej trującej zawartości.

Jasnem jest z tego, co zostało wyżej powiedziane, że wstrzykiwanie dużych ilości chlorku sodu (w roztw. stężonych) wskazanem będzie w niedrożności pierwszego typu, w której głównym objawem będzie brak chlorków; ale leczenie to może pozostać bez wyniku w niedrożności drugiego typu, w której decydującym czynnikiem jest zatrucie ustroju produktami rozpadu białka, zatrucie to narasta tak szybko czasami, że nieraz już po kilku godzinach może doprowadzić do śmierci, w przeciwieństwie do zubożenia w chlorki, które zawsze odbywa się powoli, stopniowo.

Ogólne zakażenia ustroju pochodzenia zębowego. (Les septicémies d'origine bucco-dentaire) — temat programowy VI Zjazdu Francuskiego Stomatologów. **Thibault i Raison.** *La Presse Méd. Nr. 94, Listopad 1929.*

Postacie ostre ogólnego zakażenia (septico- pyaemia) pochodzenia zębowego zdarzają się naogół rzadko; zwykle chodzi tu o zakażenie łańcuszkowcowe, rzadziej — gronkowcowe, enterokokiem, pneumokokiem i innemi. Bez porównania częściej spostrzega się postacie przewlekłe, na które szczególną uwagę zwrócono w ostatnich latach zwłaszcza ze strony lekarzy amerykańskich. Czynnikiem chorobotwórczym bywa tu najczęściej streptococcus viridans, wywołujący ciężkie schorzenie ogólne o wybitnie przewlekłym przebiegu, o wtórnych ogniskach bardzo odległych od ogniska pierwotnego i nie pozostających z nim, pozornie, w żadnej zależności. Należą tu: objawy gośćca stawowego, zapalenia mięśnia sercowego, wsierdzia (endocarditis lenta), niedokrwistość złośliwa, a nawet wrzód żołądka.

Rozpoznanie bakterjologiczne tych stanów i ustalenie zależności między niemi i pierwotnem schorzeniem jamy ustnej nie zawsze bywa łatwe. Leczenie, poza leczeniem zębów jako ogniska pierwotnego, będzie polegało na stosowaniu szczepionek i surowic, w pierwszym rzędzie auto-szczepionek

Pierwotny nieżyt śluzówki przełyku i jego następstwa. (L'oesophagite primitive et les états inflammatoire de l'oesophage). Guisez. *La Presse Méd. Nr. 96. listopad 1929.*

Wtórne stany zapalne śluzówki przełyku, powstałe na tle zwężeń bliznowatych uchyłków i t. p., są znane dobrze, jakkolwiek ich rola w obrazie klinicznym tych cierpień niezupełnie jest naogół doceniana. Do jakiego stopnia powikłanie zapaleniem wpływa ujemnie na cierpienie zasadnicze, dowodzi tego chociażby ten fakt, że po wykonaniu przetoki żołądkowej w przebiegu zwężenia przełyku aż do zupełnej jego niedrożności, drożność ta wraca w znacznym stopniu wskutek zmniejszenia się stanu zapalnego przełyku, niedrażnionego uż wówczas przechodzeniem pokarmów.

W przeciwieństwie do zapalenia wtórnego — na zapalenie śluzówki przełyku pierwotne zwraca się znacznie mniej uwagi, jakkolwiek jego znaczenie kliniczne, jest bez porównania większe, zwłaszcza dla etjologji różnych ciężkich postaci skurczów przełyku. Ów stan zapalny rozwija się zwykle w następstwie niedostatecznego przeżuwania pokarmów twardych (braki uzębienia), zbyt szybkiego jedzenia, spożywania pokarmów ostro przyprawionych (pieprz, sól, korzenie), alkoholu, wreszcie na tle zwężeń częściowych przełyku (ucisk zzewnątrz, zwężenia przełyku wrodzone); we wszystkich tych stanach powstaje z czasem pewna niedomoga czynnościowa przełyku i zaleganie pokarmów w jego dolnej części, które z kolei pogarsza jeszcze więcej jego stan zapalny. Objawy kliniczne tego cierpienia są zbliżone bardzo do objawów żołądkowych i za takie często są brane; prześwietlenie rentgenowskie nie przyczynia się tutaj do wyjaśnienia rozpoznania, dopiero wziernikowanie przełyku rozstrzyga o istocie cierpienia.

Zaznaczyć tu również należy z naciskiem, że olbrzymia większość skurczów przełyku, rzekomo nerwowych, ma w rzeczywistości swoją przyczynę w jego pierwotnym zapaleniu. Fakt ten ma doniosłe znaczenie dla leczenia tych stanów, które będzie polegało na usunięciu czynnika przyczynowego (braki uzębienia, błędy dietetyczne, alkoholizm), przyjmowaniu wielokrotnie w przerwach między jedzeniem płynów alkalicznych i ewentualnie, rozszerzeniu systematycznem miejsca zwężonego, o ile już doszło do zwężenia organicznego,

Objawy i rozpoznanie różniczkowe ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego i zawęźlenia kątnicy (volvulus caeci) (Contribution à l'ètude du colon mobile. Appendicite et volvulus coecal). Pascalis. *La Presse Méd. Nr. 97, grudzień 1929.*

Ciągle jeszcze rozpoznaje się mylnie zapalenie wyrostka tam, gdzie ma się do czynienia z zawęźleniem nadmiernie ruchomej kątnicy. Objawy chorobowe są, coprawda, bardzo zbliżone, tem nie mniej istnieją i wyraźne różnice.

Ból w zapaleniu wyrostka nasila się powoli i jest ograniczony zazwyczaj do niewielkiej przestrzeni. W zawęźleniu kątnicy ból odrazu osiąga swoje maksymalne nasilenie, jest bardziej rozlany, szerzy się ku górze do zagięcia wątrobowego i występuje napadowo (ból kurczowy). Okłady z lodu w zapaleniu wyrostka działają ogromnie kojąco na ból, w zawęźleniu — wprost odwrotnie, ale zato ból zmniejsza się tutaj czasami przy ułożeniu chorego na prawym boku.

Mdłości ani wymiotów w zawęźleniu nie bywa wcale, przynajmniej z początku, tak samo — gorączki, jakkolwiek tętno odrazu jest przyśpieszone (100 — 110), stan ogólny — ciężki, rysy twarzy zaostrzone. W przerwach między napadami stan ogólny — czego nie bywa w przebiegu zapalenia wyrostka — wyraźnie się poprawia.

Badanie przedmiotowe wyraźnych różnic między temi dwoma cierpieniami nie wykazuje; jedynie może brak leukocytozy przemawiałby raczej za zawęźleniem, niż za zapaleniem wyrostka.

Ścisłe rozróżnienie tych dwu schorzeń ma znaczenie ze względu na wskazania operacyjne. O ile w zapaleniu wyrostka operacja nie zawsze jest bezwzględnie i natychmiast konieczna, o tyle w zawęźleniu każda godzina zwłoki z wykonaniem zabiegu może zaważyć poważnie na losach chorego.

W przypadkach nadmiernie ruchomej kątnicy dobre wyniki daje przyszycie pozaotrzewnowe wstępnicy do ścięgna mięśnia lędźwiowo-udowego mniejszego (m. psoas minor).

M. Czyżewski.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.

Poród prowadzony nie chirurgicznie. (L'accouchement médical). Kreis J. *Revue franc. de la Gynec. 24 Année, Nr. 10, octobre 1929.*

Pod tym oryginalnym tytułem autor omawia sposób prowadzenia porodów przyjęty przez szkołę Strasburską, a zapoczątkowany przez *Schikele'go.*

Polega on na ścisłej obserwacji jakości bólów porodowych i wpływaniu to na zbytnią ich siłę za pomocą dostatecznej dawki spasmalginy *Roche* (1 ampułka do mięśniowo, po 15—20 min. o ile niema efektu druga ampułka) to znów w innych przypadkach na ich osłabienie. Przytem autor zwraca uwagę, że niekiedy występuje jak gdyby osłabienie skurczów trzonu macicy, które jest jedynie skutkiem spastycznego stanu jej szyjki. Podanie w takich razach anti-spasmodicum, jakim jest spasmalgina wywołać może wzmocnienie bólów porodowych wbrew oczekiwaniom.

Drugą sprawą podnoszoną przez *Kreis'a* jest kwestja przebicia pęcherza płodowego, przed całkowitem rozwarciem ujścia zewnętrznego; utrzymujący się pęcherz płodowy przeszkadza ustaleniu się główki w niektórych przypadkach, w innych jest on czynnikiem opóźniającym rozwarcie ujścia zewnętrznego. Szczególnie poleca autor przebicie pęcherza płodowego w przypadkach główki jeszcze nie ustalonej, a to aby pozwolić na wejście jej w bezpośredni kontakt z miednicą i z częściami miękkiemi. O ile prowadzimy poród próbny, wahając się, czy nie zastosować cięcia cesarskiego, należy nie opóźniać zbytnio przebicia pęcherza płodowego, aby możliwie wcześnie wyjaśnić, czy poród drogami naturalnemi da się przeprowadzić, czy nie. Macica niezmęczona długim porodem, postawiona przed koniecznością przezwyciężania przeszkody porodowej, ma tem większe szanse zwycięstwa, im wcześniej wystąpiła do walki.

Klasyczny pogląd w położnictwie głosi, że rola pęcherza płodowego i wód przodujących jest wykonanie rozwarcia ujścia wewnętrznego szybciej i łagodniej, niż czyni to główka. Aby udowodnić błędności tego poglądu autor przebijał pęcherz płodowy u rodzących, przybywających na salę porodową w rozmaitych okresach porodu, w rozmaitych miesiącach ciąży i statystycznie wykazał, że zwłaszcza u wieloródek zabieg ten wpływa na skrócenie porodu, a nie na jego wydłużenie. Przechodząc do ściślejszego omówienia sprawy autor zaznacza, że bywają niektóre przypadki, w których przebicie błon płodowych powoduje przedłużenie czasu porodu, zachodzą przytem zjawiska dwu rodzajów: 1) czynny skurcz macicy, przy rozwarciu mniejszem niż dłoń, 2) zmniejszenie się ujścia zewnętrznego przez bezwład natychmiast po przebiciu pęcherza płodowego, o ile część przodująca nieustalona nie weszła bezpośrednio w kontakt z częściami miękkiemi. Stan pierwszy może mieć wszak również miejsce w porodzie bez przebicia pęcherza, zresztą nie jest straszny dla położnika, gdyż daje się opanować zapomocą wyż. wspomnianej spasmalginy. Druga ze wspomnianych komplikacji jest niestety nie do opanowania, ale grozi ona tylko przedłużeniem porodu, o tyle czasu, ile wymagać będzie odrobienie straconej części rozwarcia.

Wreszcie zarzut najpoważniejszy, że zabiegi przebicia pęcherza płodowego i parokrotne badanie wewnętrzne, konieczne dla ścisłej obserwacji stanu ujścia macicy, wywołać mogą zakażenię połogowe, jest słuszne tylko o tyle, że ilość schorzeń w połogu jest nieco wyższa (b. nieznacznie) w przypadkach z przebiciem pęcherza, niż bez tego zabiegu. Natomiast rodzące, prowadzone w omówiony wyżej sposób, zyskują poważnie na skróceniu porodu, co ma dużą wagę, tak dla kwestji bolesności porodu, jak i dla jego skutków.

Wyniki obrotu zewnętrznego, jako leczenia zapobiegawczego przeciwko wytworzeniu się położenia pośladkowego. (Resultats de la version par manoeuvres externes comme traitement prophylactique de la présentation du siége). Petrone G. *Gynecol et Obstétr. T. XIX N. 4, 1929.*

Na oddziale doc. *Le Lorier* w szpitalu Boucicaut wydarza się jeden poród pośladkowy na 40 porodów ogółem, jeśli zaś brać pod uwagę tylko porody donoszone, to stosunek ten ułoży się jak 1:70. Liczby te są w porównaniu do innych statystyk stusunkowo nizkie, w znaczeniu, że porodów pośladkowych na oddziale doc. *Le Lorier* bywa mniej, niż

w innych zakładach położniczych. Zjawisko to przypisuje autor ścisłemu przestrzeganiu przez wymieniony oddział wykonywania prób naprawienia położenia pośladkowego na główkowe w czasie ciąży, w każdym przypadku zapomocą obrotu zewnętrznego na główkę. Że położenie pośladkowe nie jest położeniem pomyślnem, potwierdzają to (zgodnie z ustalonym poglądem) liczby z oddziału położniczego szpitala Boucicaut przedewszystkiem; co do śmiertelności dzieci, wynosi ona (dla płodów żywych w początku porodu) 12%.

Rozpatrując materjał oddziału i przychodni dla ciężarnych autor stwierdza, że w 19 przypadkach udało się w ciąży naprawić położenie pośladkowe na główkowe zapomocą obrotu zewnętrznego.

Udawało się to nie zawsze od pierwszego razu, w dwu przypadkach musiano obrót powtórzyć, a w jednym — szczególnie upartym, musiano wykonywać obrót aż 4 razy. We wszystkich tych przypadkach dzieci zdolne do życia urodziły się żywe; jeden tylko płód kiłowy urodził się martwy i zmacerowany. We wszystkich prawie przypadkach stosowano zapobiegawczo po obrocie pas na brzuch.

Wśród 154 przypadków porodów pośladkowych wykonano w 16 w czasie ciąży próby poprawienia położenia pośladkowego na główkowe, oczywista z wynikiem ujemnym. W trzech wystąpił nawrót, a w pozostałych trzynastu wogóle obrotu nie udało się wykonać z przyczyn następujących: 5 razy z powodu nadmiernego napięcia macicy, raz z powodu silnych bólów, w pozostałych przypadkach nie wykazano przyczyny nieudatnego wyniku. Położenie pośladkowe niezupełne, jak wiadomo mniej nadające się do obrotu zewnętrznego, od położenia zupełnego, występowało dwukrotnie częściej od tego ostatniego, i to tak w grupie, dotyczącej nieudanych obrotów, jak w całym materjale.

Aspirator tchawicowy. (Aspirateur trachéal). Le Lorier V. *Gynecol. et Obstetr. T. XIX. Nr. 4, 1929,*

Instrument proponowany przez autora służyć może jedynie do wciągania zawartego w tchawicy noworodka śluzu, a nie wdychania do niej powietrza i składa się z 3-ch części: owalnej, przeznaczonej do wejścia do tchawicy, okrągłej i ustnika, przystosowanego również do przyłączenia jakiejkolwiek pompki ssącej. Oczywista cała wyżej opisana rurka ma zdolność wyginania się odpowiednio do potrzeby.

Późne wyniki operacyjnego leczenia tyłozgięcia macicy metodą Doleris Gilliam. (Les résultats éloignes du traitement des retrodeviations de l'uterus par le procedé de Doléris-Gilliam). Tikanadze J. *Gynecol. et Obstetr. T. XIX Nr 4, 1929,*

Autor wykonał operację *Doléris-Gilliam* w 73 przypadkach, z czego w 40 jedynem wskazaniem było tyłozgięcie macicy, w pozostałych zaś przymocowanie macicy do powłok brzusznych wykonano, jako operację dodatkową podczas dokonywania innego zabiegu wewnątrzbrzusznego,. Nawroty stwierdzono w 6 przypadkach, co stanowi w surowej statystyce 13,6%. Po odrzuceniu 4 przypadków z wynikiem niepomyślnym (w jednym miał miejsce błąd operacyjny, w 3 operowano z powodu wypadnięcia macicy, co okazało się błędnem wskazaniem do operacji) pozostaje 2, co stanowi 4,5% nawrotów. Wobec powyższego autor dochodzi do wniosku, że omawiana metoda operacyjna daje dobre wyniki w przypadkach tyłozgięcia macicy, natomiast zupełnie nie nadaje się do leczenia wypadnięć macicy (3 razy operowano — 3 nawroty).

Anatomiczną podstawą powodzenia jest to, że metoda ta opiera się na najsilniejszej (środkowej) części więzadła obłego. Pozatem, co zresztą powszechnie wiadome operacja *Doleris Gilliam'a* nie stanowi przeszkody dla następowego zajścia w ciążę i dla porodu.

Nowa metoda pochwowego wycięcia macicy. (Procédé nouveau d'hystérectomie abdominale sub-totale) Guaberto L. *Revue Franc. de Gynécologie et d'Obstetr. 24 Annéé Nr. 10, octobre 1929.*

Metoda proponowana i wypróbowana przez autora wygląda w sposób następujący: cięcie w linji środkowej, uniesienie macicy ku górze szczypczykami *Museux*; podwiązanie więzadeł lejkowo-miednicowych z pozostawieniem narazie nieobciętych nitek, wyosobnienie jajowodów i przecięcie ich krezki, aż do rogu macicy, nacięcie powierzchowne nożem macicy tuż pod dnem, tak, że linja nacięcia przebiega od przodu poniżej macicznego ujścia trąbek, lecz powyżej przyczepu wiązadeł obłych, z tyłu zaś powyżej przyczepu więzadeł jajnika właściwych.

Od tej chwili rozpoczyna się oryginalna część metody, mianowicie wycina się nożyczkami stożek z macicy, poczynając od uprzednio zaznaczonej linji ku dołowi aż do szyji, usuwając w ten sposób dno i większość trzonu macicy wraz z jej jamą; po przetarciu nalewką jodową kanału szyji rozpoczyna autor zaszywanie resztki macicy również w sposób oryginalny; podwiązuje on przedewszystkiem domaciczne końce tętnicy przebiegającej w więzadle obłym jak również przebiegającej w więzadle jajnika właściwem (!?, a co z odżywieniem jajnika—przyp, refer.); szew powyższy przebiega pod więzadłem obłem po przez pozostawioną resztę ściany macicy i ponad (!?) więzadłem jajnikowem właściwem i wykonany jest zapomocą pozostawionych uprzednio końców szwu podwiązującego więzadło lejkowo-miednicowe. Teraz paroma szwami przechodzącemi przez dno jamy wytworzonej w macicy, po wycięciu stożka, zaszywa się wyżej wspomniany ubytek i naciągając więzadła obłe na tylną powierzchnię kikuta macicy pokrywa się go w ten sposób skrzydłami więzadła szerokiego.

T. Zawodziński,

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Nagły zgon skutkiem krwotoku do jamy osierdzia po wstrzyknięciu dożylnem novarsenobenzolu 0,3. (Mort brusque par hémopéricarde consécutif à une injection intraveineuse de 30 cgr. de 914). Ch. Laurent. *Bull. de la Soc. Fr. de Dermat. et de Syphil., 1929, Nr. 4.*

U 30-letniego mężczyzny z powodu wątpliwych zmian kiłowych zastosowano wstrzyknięcie salwarsanu (0.3). Chory zniósł zabieg bez dolegliwości, w 56 godzin po wstrzyknięciu zmarł nagle. Badanie pośmiertne wykazało 450 gr. skrzepłej krwi w worku osierdzia. Miejsca, skąd pochodziło krwa-

wienie, nie można było znaleźć. Skrzep przylegał silnie do nasady dużych naczyń a błona surowicza w tym miejscu była krwawo podbiegnięta. Przypadek bez wytłómaczenia.

W sprawie leczenia wilką rumieniowatego wstrzykiwaniami bizmutowemi. (A propos d'un nouveau cas de lupus érythémateux fixe traité par les injections bismuthiques). J. Nicolas, J. Lacassagne, J. Rousset. *Bull. de la Soc. Fr. de Derm. et de Syphil. 1929, Nr. 4.*

Opis przypadku wilka rumieniowatego na nosie u 26-letniej kobiety, istniejącego od 5 miesięcy. U chorej zastosowano co drugi dzień wstrzyknięcia jodo-bizmutu (*Ercé*). Po czwartem wstrzyknięciu była wyraźna poprawa, łuszczenie znikło, ognisko zmiękło, było gładkie. Po sześciu chora była prawie wyleczona. Miejscowo nic nie stosowano.

Nie można wspólnie z *Sezary,m*, od którego pochodzi ten sposób leczenia, twierdzić, że leczenie jest tem skuteczniejsze im świeższe są zmiany chorobowe, gdyż jeszcze w poprzedniej pracy autorzy podali opisy 17 przypadków wilka rumieniowatego leczonych tym sposobem z dobrym skutkiem. Pomiędzy temi przypadkami niektóre były długotrwające.

Zakażenie ogólne gronkowcowe, przebiegające podobnie do róży. (Septicémie staphylococcique à forme érysipelatoïde). Paul George. *Presse méd. 1929, Nr. 64.*

Opis przypadku rozpoznanego pierwotnie jako róża na twarzy u kobiety 27-letniej, u której po dokładniejszem zbadaniu okazało się, że obraz klinniczny wykazuje pewne cechy szczególne, na brzegu ogniska nie można było zauważyć wyniosłego wału, barwa skóry w miejscu zmienionym nie była żywo czerwona, jak zwykle w róży, lecz wyraźnie ciemno fjoletowa, ciepłota miejscowa, zamiast podniesiona, była wyraźnie obniżona. W miejscu ogniska cyanotycznego wyraźne nacieczenie wyczuwało się tylko w środkowej części ogniska. Te cechy, jak również i ciężki stan ogólny chorej (ciepłota ogólna 40.2°, tętno 160) skłoniły autora do postawienia rozpoznania septicaemia staphylococcica erysipeloides, które to rozpoznanie zostało potwierdzone dwukrotnem badaniem krwi. Na pożywce buljonowej w 24 g. po wysianiu 10 cm. krwi wzrosły liczne drobnoustroje, podobne do ziarenkowców wyhodowanych z surowicy pęcherzy, znajdujących się w ognisku chorobowem, typu staphylococcus aureus. Dalszy przebieg choroby również potwierdził drugie rozpoznanie, wystąpił jednostronny wytrzeszcz gałki ocznej skutkiem zmian w naczyniach, duszność wreszcie zejście śmiertelne.

W podobnych przypadkach poleca autor próbować leczenia odkażającego (dożylne wlewanie 2% roztworu trypaflawiny).

Rumieniowo wybroczynowa postać zakaźnego rumienia w dziewiątym dniu. (La forme erythemato-purpurique de l'erythème infectieux du neuvième jour). Dr. Paul Blum. *Annales des malad. véner. 1929, Nr. 11.*

Opis przypadku owrzodzenia kiłowego na prąciu u mężczyzny 31-letniego. Chory otrzymał w przeciągu 5 dni 4 wstrzyknięcia novarsenobenzolu w dawkach wzrastających 0,15, 0,3, 0.45, 0.6. Następnego dnia po czwartym wstrzyknięciu wystąpiło silne osłabienie, poczem w 24 g. ciepłota ogólna 40.5°. Ósmego dnia chory czuł się lepiej, dziewiątego dnia wystąpiły rumienie i wybroczyny na kończynach górnych. Ze względu na pojawienie się wykwitów w dziewiątym dniu po pierwszym wstrzyknięciu novarsenobenzolu, na podniesienie ciepłoty poprzedzające wybuch wysypki, na dwupostaciowość wykwitów, na brak swędzenia, brak wybroczyn na śluzówkach i na poprawę stanu ogólnego przed wybuchem i w czasie wybuchu autor nie rozpoznaw tym przypadku wysypki toksycznej, posalvarsanowej lecz uważa te zmiany za wysypkę zakaźną skutkiem biotropizmu krętków. W myśl tego rozpoznania zastosowano po przerwie dalsze wstrzykwania novarsenobenzolu co 2 — 3 dni, po których wysypka ustąpiła.

2 przypadki kiłowego owrzodzenia wewnątrzcewkowego u kobiety. (Deux cas de chancres syphilitiques intra-uréthraux chez la femme). J. Gouin i P. Daoulas. *Annal, des Mal. Venèr. 1929, Nr. 8.*

Opis 2 przypadków pierwotnego owrzodzenia kiłowego na śluzówce cewki moczowej u 2 młodych kobiet. W jednym przypadku zakażenie poprzedził i ułatwił uraz i skaleczenie śluzówki cewki moczowej skutkiem wadliwego wprowadzenia cewnika przy leczeniu rzeżączki u tej chorej. Autor podnosi rzadkość takiego umiejscowienia wrzodu pierwotnego.

2 przypadki rozległej gruźlicy brodawkowatej całkowicie wyleczone przy pomocy radjoterapji. (Deux cas de tuberculose verruqueuse etendue gueries completement par la radioterapie). J. Gate i J. Coste, P. Michel. *Bull. de la Soc. Fr. de Derm. et de Syph. 1929, Nr. 7.*

Przypadek fagedenicznych gruźliczych zmian brodawkowatych na wewnętrznotylnej okolicy stopy u 22-letniej kobiety. Ognisko było wielkości dużej dłoni, podzielono je na 3 pola i każde pole naświetlano jednorazowo bez użycia filtru (17—18 H). Zabliźnienie nastąpiło powoli, blizna była jednak znaczną przeszkodą w chodzeniu.

Przypadek drugi podobnych zmian na grzbietowej powierzchni dłoni u 47-letniego mężczyzny wyleczony był tym samym sposobem. Zabliźnienie nastąpiło szybko. Stosowano po naświetlaniu codziennie przemywanie solą fizjologiczną i pastę cynkową.

Szybki wynik leczniczy po stosowaniu dożylnych wstrzykiwań natr. hyposulf. w 2-ch przypadkach wyprysku. (Action rapide et remarquable des injections intraveineuse d'hyposulfite de Na (methode de Ravaut) dans deux cas d'eczéma rebelle). J. Lacassagne, Roger Fromert. *Bull. de la Soc. Fr. de Derm. et Syph. 1929, Nr. 7.*

2 przypadki wyprysku, z których jeden szczególnie oporny na leczenie, leczone były sposobem podanym przez *Ravaut*; zmiany ustąpiły po 3-ciem i po 4-tem wstrzyknięciu. Wstrzykiwano dożylnie naj-

pierw 1.5 natr. hyposulf., w 2 dni później 3 gramy, następnego dnia 4,5 gr. i tę dawkę powtarzano codziennie. Środek ten można stosować per os o ile są przeciwskazania do wykonywania wstrzykiwań dożylnych. Skutek wtenczas jest o wiele gorszy. Przy stosowaniu dożylnem poprawa występuje zwykle po 8-ym lub 9-tym wstrzyknięciu,. Autor zwraca uwagę na szybki wynik leczniczy w powyższych 2-ch przypadkach.

Fosforowe schorzenia skóry. (Phosphorides cutanees). J. Nicolas, J. Gate, J. Rausset. *Annales de Derm. et. de Syphil. 1929, Nr. 9.*

Opis dwuch przypadków schorzenia skóry, występującego pod wpływem związków fosforowych u robotników zatrudnionych w fabryce zapałek. Schorzenie rozpoczyna się rumieniami na rękach i przedramionach, szybko rozprzestrzeniającemi się na całe ciało. Rumienie pokrywają się pęcherzykami i obraz kliniczny przypomina wtedy eczema seborrhoicum impetiginisatum. Często przychodzi do zgorzeli skóry, śluzówki ulegają zaczerwienieniu i wtedy obraz przypomina oparzenia pogazowe. W kilka dni pęcherzyki przysychają, skóra zaczyna się obficie łuszczyć, jest to trzeci etap tego schorzenia przypominający obrazem klinicznym erythrodermia exfoliativa. W czasie choroby chorzy odczuwają silne bóle skóry, bardzo duże pragnienię. Ze skóry wydziela się obficie woń fosforu. Nigdy nie spostrzegano ciężkich objawów ogólnych zatrucia fosforem.

Autorzy wykonali szereg doświadczeń, które wykazały szkodliwe działanie odpowiednich związków na skórę, zwłaszcza w obecności tłuszczów i waseliny na skórze. Zapobieganie polega na myciu się po pracy, całkowitej zmianie odzieży, na przemywaniu spojówek i jamy ustnej roztworem dwuwęglanu sodu. Leczenie polega na stosowaniu łagodnych środków utleniających z dodatkiem nieżrących zasad np.: Kali hyperm. 2,0, natr. bicarb. 25.0. aq. destill ad 1000,0 (okłady).

Uogólniony wyprysk wyleczony sposobem niespecyficznego odczulenia. (Eczéma tenace généralise rebelle a tout traitement et guéri par la désensibilisation aspécifique). N. N. Dracoulides. *Ann. de Derm et de Syphit 1929 nr 8).*

U 33 letniego mężczyzny z kiłą wrodzoną, cierpiącego na długotrwałe, nawrotowe, wypryskowe, sączące zmiany na genitaljach i kończynach górnych skutkiem stosowania miejscowo różnych środków t. zw. „cudownych" stan chorobowy pogorszył się do tego stopnia, że całe ciało było pokryte sączącemi, swędzącemi zmianami, skóry zdrowej prawie nie można było spostrzedz. Kiedy chory wreszcie zdecydował się leczyć systematycznie u lekarza, zastosowano okłady rezorcynowe w ciągu dnia, i na noc okłady z linimentum oleo-calc. Ponadto 18 wstrzyknięć własnej krwi w dawkach wzrastających od 5 do 22 cm^3 dwa razy tygodniowo i 10 dożylnych wlewań calc. chlor. z mocznikiem. Po 20 dniach stan chorego znacznie się poprawił a po następnych 15 dniach zastosowano leczenie przeciwkiłowe środkami podawanemi doustnie (calomel, semluol). Leczenie specyficzne, zwykle sprowadzające zaostrzenie zmian wypryskowych, tym razem i w tej postaci zniesione było przez chorego dobrze. Po 2 mies. chory był zupełnie wolny od zmian wyprysłowych. Aby utrwalić ten wynik leczenia, ewentualnie zapobiedz nawrotom, zastosowano leczenie przeciwwstrząsowe (natr. hyposulfur) i przeciwswędzeniu (natr. hyposulfur 1,0, bromur. camph., natr. silic. aá 0,5 trzy razy dziennie w ciągu 3 tyg.). To ostatnie leczenie stosuje autor stale naprzemian z leczeniem specyficznem wyżej podanym. Chory pozostaje już rok pod obserwacją i nawrotów nie wykazuje.

Bujające ropne zmiany na śluzówce policzka, naśladujące nowotwór. (Pyodermite végétante buccale simulant le cancer). Gougerot. *La Press. med. 1929 nr. 92.*

U 51 letniej kobiety na wewnętrznej powierzchni policzka od 2 miesięcy istnieje ognisko, złożone z płaskich wegetacji, łatwo krwawiących. Ognisko ma zarysy policykliczne. Równocześnie także od 2 miesięcy istnieją zajady w obu kącikach ust. Rozpoznanie było trudne. Ze względu na szybki rozwój zmian, policykliczne zarysy, istnienie zajadów, brak leukoplazji i owrzodzeń autor rozpoznał zmiany ropne. Szybkość wyleczenia (13 dni) potwierdziło rozpoznanie. Leczenie polegało na płukaniu ust wodą naturalną Saint-Christan lub sztuczną (Natr. chl. 1,0, Cu SO_4 0,001 — 0,002, rozpuścić w szklance ciepłej wody) i na jednorazowym, codziennem przyżeganiu, bezpośrednio po płukaniu $^1/_{20}$ zinc. chl. lub $^1/_{10}$ arg. nitr. lub płynem Lugola. Po 6-ciu dniach wegetacje odpadły, pozostawiając owrzodzenie. Wtedy zaprzestano przyżegania a zaczęto po płukaniu pędzlować wodnym rozczynem 1% błękitu metylenowego. Jeśliby wydzielina zawierała fusospirille Vincenti należy użyć do pędzlowania wodnego roztworu sulfarsenolu.

Szybkie wyleczenie tocznia twarzy u obciążonego kiłą wrodzoną przy pomocy kuracji przeciwkiłowej. (Guérison rapid d'un lupus de la face chez un hérédosyphilitique par le traitement antisyphilitique). Deshyer. *Annal. des Mal. Vener. 1929, nr 5.*

Przypadek tocznia pospolitego u 16 letniego chłopca na policzku, leczonego przez 7 lat. Autor, podejrzewając na podstawie dodatniego odczynu *Hechta* współistnienie kiły wrodzonej, zastosował leczenie specyficzne. W kilka miesięcy zmiany na policzku, uległy całkowitemu zabliznieniu.

Rzeżączkowe zakażenie „d'emblée" u mężczyzny (Les infections gonococciques génitales d'emblée chez l'homme). Ch. David. *Annal. des Mal. Vener. 1929 nr. 8.*

Kilka opisów klinicznych rzeżączkowego ostrego zapalenia gruczołu krokowego u mężczyzn, którzy nigdy nie zauważyli u siebie najmniejszych objawów ze strony cewki i pęcherza. Autor przyznaje możliwość istnienia podobnego zakażenia, tłumacząc je w ten sposób, że niewątpliwie dwoinki *Neissera* przeszły przez śluzówkę cewki moczowej, nie wywołały w niej jednak takich zmian klinicznych, by je chorzy mogli zauważyć. Zakażenie takie może utrzymać się lata i od czasu do czasu może przejść w okres, w którym chory zaraża rzeżączką. To zakażenie jest również powodem wybuchu ostrego stanu zapalnego sterczu, przyjądrza i t. p. Badanie wydzieliny z cewki i z gruczołu krokowego co do

obecności gonokoków napotyka na duże trudności rozpoznawcze. W celu odróżnienia koków, nieraz bardzo wyglądem zbliżonych, poleca autor zakładać sztuczne hodowle na pożywkach wybiorczych (spermoculture).

Przypadek gruźliczego zakażenia drogą skórną u oseska z wytworzeniem owrzodzenia na skórze. (Un cas de primo-infection tuberculeuse par voie cutanêe chez le nourrisson, avec chancre d'inocullation à la peau). Leon Bernard, Marcel Lelong, Maurice Lamy, *Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hopitaux de Paris 1929. Nr. 31.*

U 10-cio miesięcznego dziecka wystąpiło na przedniej powierzchni klatki piersiowej owrzodzenie owalne o średnicy 8 i 4 mm, o brzegach płaskich, nieco podminowanych, dnie płytkim, czystym, łatwo krwawiącym, nierównym, prawie brodawkowatym. Pod lewą pachą znajdował się pakiet gruczołów limfatycznych, powiększonych zlewających się z sobą, stwardniałych. W pięć miesięcy owrzodzenie prawie zupełnie zagoiło się pod wpływem obojętnych środków zastosowanych miejscowo, gruczoły pachowe natomiast rozmiękły. W wyciągniętej z nich ropie znaleziono liczne prątki Kocha. Po punkcji gruczołów wytworzyła się przetoka. Odczyn skórny na tuberkulinę był dodatni. Objawów klinicznych gruźlicy w innych narządach nie stwierdzono. Matka dziecka cierpiała na gruźlicę płuc i niewątpliwie od niej zakaziło się dziecko. Autor zwraca uwagę na rzadkie występowanie pierwotnego zakażenia skóry w przeciwieństwie do częstych wtórnych zakażeń skóry w postaci tocznia, skrofulidów i tuberkulidów. Co się tyczy leczenia, to według niektórych dobry skutek wywiera naświetlanie promieniami pozafiołkowemi, inni radzą galwanokauteryzację, zabieg chirurgiczny lub wreszcie naświetlanie owrzodzenia lampą *Bacha* z równoczesnem wstrzyknięciem do rozmiękłych gruczołów zawiesiny jodoformu w glicerynie.

O neurodermitach i ich leczeniu. (Sur les nevrodermites et leur traitement). R. Sabouraud. *La Presse Med. 1929, Nr. 95.*

Zmiany opisywane pod niewłaściwą nazwą neurodermitis występują przeważnie u kobiet w wieku lat 30 do 50 w postaci najczęściej pojedyńczych tarczek w okolicy potylicy, na karku lub na szyji. Skóra w miejscu tarczki jest zgrubiała, zaczerwieniona, o budowie wyraźnie poletkowatej, łuszcząca się. Choroba trwa miesiące i lata, powoduje silne napadowe swędzenie i drapanie jest tym czynnikiem, który sprowadza wtórne zakażenie tarczek i ich sączenie. Samoistne remisje w przebiegu choroby zdarzają się. Jako nietypowe umiejscowienie podaje autor wewnętrzną powierzchnię uda, krocze, okolicę krzyżowo-ogonowa. Schorzenie to spotyka się najczęściej u osobników, którzy wykazują pewnego rodzaju depresję psychiczną. Etjologja tego schorzenia, które dawniej miało lepszą nazwę „lichen circumscriptus" nie jest do dziś dnia wyjaśniona. Autor od szeregu lat znajduje w tych zmianach paciorkowce i przypisuje tym drobnoustrojom pewną rolę. Miejscowe leczenie zwykle wystarcza do usunięcia tych zmian. Autor poleca zwilżanie co wieczór 1% nalewką jodową a następnie stosowanie maści z zawartością 10% smoły węgla kamien. Dobry wynik można również uzyskać naświetlając zmiany promieniami X w zwykłych dawkach, który to jednak sposób jest niewskazany w okolicy owłosionej głowy. Maść należy zmywać mieszaniną (w równych częściach) alkoholu 90%, acetonu bezwodnego i wody destylowanej. Leczenie to należy stosować przeciętnie około 3 miesięcy, gdyż po wcześniejszym jego zaprzestaniu często występują nawroty. Leczenie ogólne polega na usuwaniu niedokrwistości, upławów i podniesieniu ogólnego stanu organizmu (chinina, strychnina, arszenik, kąpiele, promienie ultrafioletowe).

Dr Z. Jastrzębska.

CHOROBY NERWOWE.

Neurologja w roku 1929. (La neurologie en 1929). Dr. Scheffer Henri. *Paris medical. 1929.*

W tymczasowym komunikacie podaje autor niektóre ważniejsze zdobycze na polu neurologji. Abstrahując od djagnostyki guzów mózgowych i rdzeniowych, w której to dziedzinie okazała się klasyczną próba lipjodolowa (*Sicard*), szerzej omówiona jest próba lędźwiowa manometryczna, powszechnie obecnie stosowana w Ameryce. W ucisku rdzenia znamy poza objawami neurologicznymi w ścisłem tego słowa znaczeniu, objawy zablokowania przestrzeni podpajączynówkowych: Syndrom koagulacji, ksantochromja, dyssocjacja białkowo-cytologiczna, próba lipjodolowa *Sicarda* i próba *Quekenstedta-Stookeya* (manometryczna). *Stookey* z objawu Quekenstedta uczynił próbę klasyczną. Chory leży poziomo, głowa w przedłużeniu tułowia, szyja wolna. Najmniejsze nawet ruchy są wzbronione. Jeden asystent odczytuje cyfry na manometrze (wodnym) a drugi odczytuje czas. Wszystko potem powinno być graficznie przepisane. U zdrowego przy dotknięciu żył szyjnych podnosi się szybko słup wody o 2 — 12 mm. Przy ucisku głębokim żył szyjnych u zdrowego słup podnosi się gwałtownie o 35—40 cm. W wypadku bloku zupełnego poziom płynu mózgowordzeniowego nie ulega zmianie, a w bloku niezupełnym zachodzą modyfikacje jak naprzykład podnoszenie się powolne słupa wody a opadanie szybkie i t. p. Przy ucisku zaś powłok brzusznych (10 sekund), co należy ująć jako próbę dodatkową, gdy obie próby poprzednie wypadły ujemnie — podnoszenie się słupa jest powolniejsze i mniej wysokie niż przy głębokim ucisku żył szyjnych.

Wskaźnikiem ciśnienia jest różnica pomiędzy ciśnieniem manometrycznem początkowem a ciśnieniem znalezionem po odpuszczeniu 7 cm. płynu mózgo-rdzeniowego. U zdrowego spadek ciśnienia jest słaby, poniżej 50%. W wypadku bloku zupełnego poziom opada do zera (100%) a w bloku niezupełnym ciśnienie opada do 70%.

Z powyższego wynika doniosłość próby i różnica jaka zachodzi pomiędzy prymitywną próbą *Queckenstedta*, a *Stookeya*, która jest cyfrowo z precyzją ujęta. Klinicznie, tak w instytucie nowojorskim, jak i w paryskim (*Vincent*), znaleziono znakomite potwierdzenie próby. Stwierdzono konieczność próby w przypadku guzów rozsianych. U jednego chorego po zabiegu chirurgicznym, w którym usunięto guz, pozostały zaburzenia czynnościowe. Pró-

ba manometryczna wykazała drugi guz (*M. Reckling bausen*). Jasne, że musi się stale stosować inne próby djagnostyczne.

2) Geneza rozmiękczenia mózgu. Patofizjologja schorzenia nie jest tak wyświetloną jak objawy histopatologiczne i kliniczne. Przyjmuje się, że nekroza ischemiczna jest bardzo często następstwem obliteracji naczyniowej lecz nie zawsze, nie musi też stale powstawać na tle zakrzepu. *Foix* i *Ley* znaleźli w swoich przypadkach tylko 30% obliteracji zupełnych, a w prawie wszystkich przypadkach znaczne uszkodzenia (lésions) a więc trzeba przyjąć jeszcze jakiś czynnik, który warunkowałby rozmiękczenie. Przypuszczają, że jest nim jakiś czynnik angiospastyczny podobnie jak w morbus *Raynaud*. Nieraz jednak, zwłaszcza u starców, musimy myśleć o daleko idącem osłabieniu aparatu naczyniowo-sercowego przebiegającem z hypotonią, gdzie przyjść może do wciągnięcia ku wewnątrz uszkodzonej ściany naczyniowej. Podobnie *Cl. Vincent* objaśnia rozmiękczenie po obfitych upustach krwi, kiedyto przychodzi do spadku częściowego ale znacznego ciśnienia tętniczego, a naczynie sklerotyczne nie jest w stanie przeciwstawić się naporowi krwi, przyczem pewną rolę odgrywa też w tym wypadku zmiana lepkości i krzepliwości krwi. A więc poza trombozą i embolją trzy czynniki warunkują rozmiękczenie mózgu. Uszkodzenie ścian naczyniowych, dodatkowe osłabienie aparatu naczyniowo-sercowego, skurcze naczyniowe. Kwestja skurczów naczyniowych nie jest jeszcze ustalona. Badania *Floreya* stwierdzają brak innerwacji naczyń mózgowych a *Tinela* wskazują na jej niejednokrotną obecność. W każdym razie fizjologja krwiobiegu jest specjalną. Terapeutycznie okazuje się, że wielkie upusty krwi mogą być szkodliwe z powodu kruchości naczyń ateromatycznych, zwłaszcza w czasie ictus. Lecz środki spazmolityczne są bardzo wskazane ze względu na możliwość skurczów naczyniowych (trinitrina, belladona, acécholine), tonica, cardiaca w hypotonji, leczenie hygjeno - djetetyczne zwłaszcza w przypadkach pochodzenia nerkowego, zakaźnego, intoksykacyjnego.

Guzy okolicy trzeciej komory. Najważniejsze objawy: Senność (np. encephalitis lethargica). Nie ulega wątpliwości istnienie ośrodka snu, które leży ku przodowi od wodociągu Sylwiusza. Doświadczalnie *Vincent* wywołał narkolepsję drażniąc dach trzeciej komory ku tyłowi od chiasma.

Rytmiczność dotąd niewyjaśniona. Tak zapalenie mózgu śpiączkowe jak i guzy mogą wykazywać śpiączkę i bezsenność. Polyurja jest objawem uszkodzenia okolicy infundibularnej, nieco ku przodowi od ośrodka snu. Syndrom adiposo-genitalny często dołącza się do poprzednio wspomnianych, ponadto niejednokrotnie cukromocz, zaburzenia w krążeniu jako zespół hypotalamiczny. Jako źródło i pochodzenie powyższych objawów wchodzi w rachubę przysadka jedynie odnośnie do polyurji. Objawy pyramidalne i extrapyramidalne w postaci porażeń połowiczących, często o typie parkinsonowskim, napady hypertonji zaburzenia czucia o typie talamicznym. gospodarki cieplnej, psychiczne i oczne objawy. Trudno narazie stworzyć obraz kliniczny guzów okolicy trzeciej komory.

Ciśnienie tętnicze siatkówkowe. Mierzenie tego ciśnienia jest jednym z nielicznych, bardzo ważnych środków pomocniczych dla stwierdzenia wzmożonego ucisku wśródczaszkowego. Technicznie potrzebne są dwa przyrządy: oftalmodynamometr *Baillarta*, którym uciskamy aż do ukazania się pierwszego uderzenia tętniczego (minim.), i oftalmoskop elektryczny. Znaleziono ciśnienie wyższe tuż przed pojawieniem się tarczy zastoinowej, potem (po wystąpieniu tarczy) wyniki są niepewne. Ocenianie jest nieco subjektywne i konieczne jest subtelne obchodzenie się z aparatami, przy jednakowoż łatwej i prostej technice. W toku są badania ciśnienia tetniczego siatk. w przebiegu bólów głowy. Teorja mechaniczna tłumaczy tę hypertenzję tem, iż w czaszce zachodzi równowaga pomiędzy ciśnieniem żylnem a ciśnieniem otoczenia, uwarunkowanem ciśnieniem płynu mózgo-rdzeniowego. Jeśli równowaga jest przerwana hipertenzją wśródczaszkową, przychodzi do kompensacyjnej hypertenzji naczyniowej odwrotnie. Pogląd drugi przyjmuje istnienie ośrodka wazomotorycznego. Anemja powoduje reflektorycznie hypertenzję naczyniową. *Tournade* uważa, iż mamy tu do czynienia z autonomiczną regulacją krążenia wśródczaszkowego.

Chirurgja n. sympatycznego. W dziedzinie tej niema obecnie kolosalnych zdobyczy, nic ustalonego a doświadczenia ostatnich lat wykazują, iż chirurgja n. sympatycznego powinna być raczej konserwatywną. *Lériche i Fontaine* poddali rewizji współczesne poglądy (kongres neurolog 1929). Anatomicznie: Przyjmuje się istnienie komórek sympatycznych poza zwojami; Fizjologicznie: podkreślają główną rolę elementów ściennych w innerwacji naczynioruchowej, istnienie czucia sympatycznego (brak zaburzeń czucia sympat. przy równoczesnem upośledzeniu czucia mózgowo-rdzeniowego w anestezji), wpływ na tonus mięśniowy. Patologja: Uraz obwodowy wywołuje rozszerzenie naczyń (osteoporoza, arthritis traumatica). Wszystkie uszkodzenia elementów sympatycznych, neuromaty pooperacyjne mogą dać objawy na odległość (zamknięty łańcuch układu sympat.). Zespół bólowy szczęki dolnej powstaje przez podrażnienie okolicy poniżej ganglion cervicale superius, ból ramieniowo-łopatkowy z powodu podrażnienia korzonków od C5 do DI, napady dusznicy bolesnej przez podrażnienie górnej części zwoju gwiaździstego, a astma i obrzęk ostry płuc też z uszkodzenia tego zwoju. Mechanizm bólu sympat. związany jest prawdopodobnie z istnieniem zaburzeń naczynio-ruchowych, ze stanem przekrwienia na skutek przyczyn zewnętrznych, fizycznych lub psychicznych. Dla zaburzeń odżywczych nie wystarcza istnienie ischemji, lecz ponadto konieczne są zaburzenia wazomotoryczne. Stąd sympatektomja jest jest jedynym zabiegiem wchodzącym w rachubę w tych stanach.

Ogólnie biorąc chodzi tu o usunięcie nieprawidłowych odruchów symp. i pobudzenie autonomji układu tkankowego obwodowego, czyto przez zmniejszenie podrażnienia dośrodkowego (wycięcie blizny), czyto przez przerwanie sznura symp. w jego przebiegu (sympatektomja, ramisekcja) lub wreszcie przez zadziałanie na ośrodki (usunięcie zwoju). Zabiegami najwięcej szans mającemi są ramisekcja (włókna preganglionarne) i sympatykomja okołotętnicza, najczęściej przez *Lériche'a* stosowana. Wyniki są przejściowe, miesiąc trwające przeciętnie.

Chirurgja bólu. W zespołach bólowych stoją nam do dyspozycji głównie albo przecięcie nerwu czuciowego, względnie radikotomja tylna, albo operacje sympatyczne. Neurotomja czuciowa usprawiedliwiona jest w neuralgji nerwu trójdzielnego, w bólach poherpesowych, w meralgia paresthetica i in. W kryzach tabetycznych raczej ramisekcja Zabieg na nerwia symp. obok dobrych stron przed

stąwia wielkie trudności odnośnie do wyboru miejsca, typu operacji, ewentualności powstania neuromatu, uczulenia na ból. Jako wskazania do operacji wchodzą w rachubę angina pectoris. bez wybitnych zmian sercowo-aortowych, tachycardia paroxysmalis, przypadki gwałtownych bólów żołądkowych w zapaleniu nerek, w zapaleniu pęcherza (usunięcie ganglion hypogastricum), w dysmenorrheach) sympatektomja aorty, a. il., lub hyp.). W kauzalgji (sympatektomja), o bardzo dobrych wynikach.

Chirurgja w przypadkach z zaburzeniami naczyniowo-ruchowymi. Wskazania dają przedewszystkie m. Raynaud, i akrocjanoza, wyniki po sympatektomji są znakomite. W sklerodermji i w zanikach skórnych widziano dobre rezultaty po ramisekcji. Zaburzenia tętnicze uwarunkowane są zmniejszeniem przepływu krwi w związku ze zmniejszeniem się objętości naczyń i czynnikiem naczynio-ruchowym (z podrażnienia). Pierwszy czynnik nie zawsze musi wywołać gangreny, natomiast bóle, sinica, obrzęk, zaburzenia troficzne bezwzględnie zależne są od czynnika wazomotorycznego. Wskazaną jest resekcja tego segmentu. W sprawach starczych bez efektu.

Chirurgja napięcia mięśniowego pourazowego daje wyniki zachęcające, natomiast w przykurczach pochodzenia piramidalnego i pozapiramidalnego narazie doświadczenia są nieliczne.

Chirurgja zaburzeń troficznych. Owrzodzenia poza owrzodzeniami na tle nerwowem po oparzeniach, pourazowe leczą się po sympatektomji bardzo szybko (wazodylatacja i fagocytoza). W owrzodzeniach tabetycznych nie widział *Leriche* efektu.

W zaburzeniach organów wewnętrznych i w schorzeniach obwodowych astma daje wskazania do zabiegów na nerwie sympatycznym. Od czasu thyrecidektomji częściowej Basedow nie daje wskazań. W epilepsji są wyniki wątpliwe po sympatektomji perikarotidjalnej.

Przyczynek kliniczny i histopatologiczny do studjum o chorobie Heine-Medin'a. (Contributions cliniques et histopatologiques à l'etude de la maladie de Heine-Medin). Radowici, Savulesco i Petresco. *Revue neurologique octobre 1929, t. II, Nr. 4.*

Instytut prof. *Danielopolu* miał możność i sposobność w czasie epidemji poliomyelitis w roku 1927 obserwować dokładnie 20 chorych w wieku od 3 — 34 lat, pod najrozmaitszemi postaciami klinicznemi, w 50% o charakterze paraplegji wiotkich, a wyjątkowo też w postaci odosobnionego, obwodowego porażenia nerwu twarzowego. Prawie wszystkie przypadki wykazywały początek z gorączką, lekką anginą, bólami głowy i zaburzeniami żołądkowo-jelitowemi w łączności z wymiotami. We wielu przypadkach początkowo też zaznaczone były objawy oponowe, które naprowadzały nieraz na rozpoznanie zapalenia opon mózgowordzeniowych. Formy te paraplegiczne występowały tylko, jako następstwa monoplegji i paraplegji, często poprawiając się jeszcze w przebiegu choroby. Jeden chory zmarł. Chodziło o postać ostrą, bulbarną o przebiegu bardzo gwałtownym. Były przypadki zupełnego wyleczenia. Porażenia mięśniowe miały tendencję rozszerzania się w kierunku do kończyn, a poprawa szła odwrotnie, t. zn. ruchy pojawiają się w pierwszym rzędzie w palcach, podczas gdy mięśnie okolicy scapo-humeralnej i coxo-femoralnej były jeszcze porażone. Zupełnie inaczej niż w polyneuritis i porażeniach pochodzenia mózgowego.

Anatomopatologicznie rozwój uwarunkowany jest zajęciem rogów przednich rdzenia, natomiast odnośnie do następstw nie zaobserwowano żadnej systemizacji np. w jednym przypadku (poliomyelitis ascendens) porażenie kończyn cofnęło się zupełnie. W przypadku odosobnionego porażenia n. twarzowego musiano przyjąć zajęcie jądra bulbarnego równoznacznego z rogiem przednim rdzenia.

Zarazek poliomyelityczny żyje normalnie tak jak i virus encephalitis epidemica w stanie saprofitycznym w nosogardzieli U niektórych w pewnych specjalnych warunkach zależnych od immunizacji może przyjść do stanu, charakteryzującego się przedewszystkiem lokalizacją w jądrze n. twarzowego.

Pełnem powodzeniem cieszyło się leczenie surowicą chorych.

Zaburzenia czucia o charakterze podmiotowym spotykano u chorych często z początkiem choroby. Chorzy skarżyli się na bóle głębokie, samoistne w mięśniach i stawach dotkniętych.

Ciepłota miejscowo jest obniżona zawsze.

Histopatologicznie: wybitne rozszerzenie naczyń, w świetle naczyń krwinki czerwone, elementy monoi polynnklearne, śródbłonek uszkodzony, wysięk okołonaczyniowy, proliferacja neuroglji i inne znane objawy. Epidemjologicznie nie zaobserwowano zakażenia bezpośredniego. Przyjmuje się, iż osobniki z odpornością naturalną mogą być nosicielami zarazka i roznosić go po mieście. Autorzy uważają, iż chorzy z paralysis facialis podczas epidemji poliomyelitis powinni być uważani za nosicieli zarazka.

Leczniczo stosowano surowicę antipoliomyelityczną Pettita bez żadnego wyniku. Możliwe, że pomaga ona jedynie w pierwszych momentach inwazji zarazka. Trudno wydać sąd o działaniu leczniczem środków (diatermji i in.) ze względu na charakter postępujący i samoistne regresje. Mimoto stosowano u wszystkich chorych, zwłaszcza w stadjum atrofji mięśniowych i hipotermji, zabiegi fizykalne (diat.).

L. Wander.

CHOROBY UCHA GARDŁA I NOSA.

Przewlekła angina rylcowego pochodzenia. (Angine styloidienne chronique). Garel — Arcelin — Charrat. *Annales des maladies de l'oreille, du lar., T. XLVII. Nr. 8. sierpień 1928.*

Pacjent skarży się przez dłuższy czas na pewną trudność połykania, zwykle jednostronną, ma uczucie zawadzania, jakby ciała obcego i rodzaj pieczenia w okolicy migdałka. Zwykłe metody badania nie wykazują nic szczególnego, śluzówka jest prawidłowo zabarwiona. Jest się skłonnym przypuszczać obecność czopów w uchyłkach migdałka. W niektórych z tych przypadków pacjent sam zwykle powyżej czterdziestki, nabiera wobec uporczywości objawów podejrzenia nowotworu. W czteru takich przypadkach — w ciągu lat siedmiu — udało się *Garelowi* palpacją ustalić rozpoznanie obecności nadmiernie długiego wyrostka rylcowego, wywierającego ucisk na tylną część migdałka. Wyrostek ten wyczuwa się jako kostny opór w odnośnej

okolicy. *Arcelin* wzgl. *Charrat* potwierdzili w każdym z tych przypadków rentgenologicznie istotę cierpienia. Pacjentów leczy przeważnie już samo postawienie rozpoznania, gdyż zwykle ponad samemi dolegliwościami góruje potęgująca się fobia. Cierpienie to nie może być uważane jako wada wrodzona, lecz należy je tłomaczyć postępującem kostnieniem więzu rylcowognykowego. Inni autorowie spostrzegali to cierpienie, a w niektórych przypadkach cechujących się nieznośnymi bólami dokonywana była operacja usunięcia uciskającego wyrostka jużto przez usta po wyłuszczeniu migdałka, jużto od zewnątrz. Zabieg ten ze względu na ciasne stosunki w sąsiedztwie wielkich naczyń nie jest pozbawiony niebezpieczeństwa.

Kostniak okolicy podniebienia i wyrostką skrzydłowego. (Osteome palatoptèrygoidien). Van den Wildenberg. *Jw.*

Wrodzony guzek wielkości wiśni, umiejscowiony na podniebieniu blisko wyrostka skrzydłowego lewego urasta z czasem do wielkości dużego orzecha włoskiego, wywołując zamknięcie lewego tylnego otworu nosowego i znaczne trudności w oddechaniu i odżywianiu się. Cięciem od strony podniebienia wyłuszczono guz przy pomocy raspatora, dłutka i młotka, w znieczuleniu miejscowem, bez większego krwawienia i zaszyto śluzówkę ponad ubytkiem. Następstwem było zagojenie per primam i stałe uwolnienie od dolegliwości. Pacjentka miała lat 40. Pochodzenie tych guzów, należących do rzadkich, bywa różnie tłomaczone, jest jednak wedle autora embrjonalne.

Metatonsillitis. (Des metatonsillites). K. B. Steinmann. *Jw Nr. 9 wrzesień 1929.*

Nazwą powyższą ujmuje autor w jedną całość wszelkie najróżnorodniejsze schorzenia zebrane z piśmiennictwa i własnego doświadczenia, jakie wykazuje organizm w prawdopodobnym lub pewnym związku z trwającą lub przebytą, ostrą lub przewlekłą zmianą chorobową migdałków, o ile schorzenia te występują poza obrębem bezpośredniego sąsiedztwa chorych migdałków. Ciekawem dla praktyka jest już samo zestawienie tej różnorodnej galerji cierpień. Znajdą się tam i takie, o których związku z gardłem się zwykle nie myśli. Dlatego warto tę pracę, obejmująca także uwagi o fizjologji i terapii migdałków przeczytać. Obok rzeczy częstszych, jak reumatyzm, nephritis znajdzie tam czytelnik i rzadsze, jak meningitis, cholecystitis, appendicitis jakoteż nawet cierpienia ginekologiczne (sepsis puerperalis itd) skórne (purpura hemorrhagica, erythema nodosum itd), różne, (neuritis acustica), wydzielnicze (m. Addisonis, Basedovii, diabetes) i pewną ilość ciekawostek. I tak raz po wycięciu migdałka przerosłego miał w szybkiem tempie ustąpić niedorozwój gruczołu sutkowego tejże samej strony. Praca zawiera wskazówki w kierunku wczesnego rozpoznania ukrytych zmian migdałkowych, jak czopy, ropnie ukryte między łukami itd. W dziedzinie terapii, przeważnie, że tak powiem, zachowawczo-chirurgicznej, z szczególną supremacją żegadła elektrycznego, uderza stosunek negatywny autora do tonsilektomii, którą autor określa jako zabieg długotrwały, bardzo krwawy i bolesny i jako rodzaj „sportu!" bez znaczenia praktycznego.!? Stanowisko takie jest sprzeczne ze stanem faktycznym, wedle którego tonsilektomia zajmująca dziś miejsce naczelne w lecznictwie cierpień migdałkowych, jest — n. b, przy odpowiedniej technice chirurgicznej — zabiegiem krótkotrwałym (1—2 minut), niekrwawym, bezbolesnym, gojącym się szybko i gładko, nie pozostawiającym żadnych przykrych następstw, ani blizen i na ogół całkiem bezpiecznym, jednym słowem idealnie celowym.

Nowa metoda lęczenia ozeny. (Nouvelle methode de traitement de l'ozene). F. Federici. *Jw. N. 10. październik 1929.*

Najrozmaitsze stosowano juz metody dla zwężenia przestworów jamy nosowej w ozenie. O ile cel ten zostanie osiągnięty, poprawiają się także lub znikają najprzykrzejsze objawy tej choroby jak tworzenie się strupów i cuchnienie. Można, tu wyliczyć wstrzykiwanie podśluzowe wazeliny, parafiny lub wszczepianie najróżniejszych tkanek, jak części rzepki wołu, blaszki kostne z kości biodrowej samego pacjenta, chrząstkę z przegrody nosowej lub przerosłą muszlę dolną uzyskaną z operacji innego osobnika. Autor stosował ostatnie z wyliczonych przeszczepień w 6 wypadkach, cztery razy jednostronnie, 2 razy obustronnie (dwuczasowo) u osobników żeńskich w wieku od lat 20 do 30. Czas obserwacji po zabiegu wynosi u pacjentów 9 do 13 miesięcy. Autor jest z osiągniętych wyników bardzo zadowolony. Autor resekował muszlę dolną przy danem oczywiście wskazaniu u innych klinicznie przebadanych zdrowych ogólnie pacjentów i po odpreparowaniu śluzówki przegrody wprawadzał ją poziomo między chrząstkę a ochrzęstną chorych na ozenę, poczem zaszywał miejsce cięcia śluzówkowego.

Przyczynek do badań nad zapaleniem ucha środkowego szkarlatynowem i jego powikłań u dzieci. (Contribution a l'etude de l'otite scarlatineuse et de ses complications chez l'enfant). A. Lamarley. *Jw. Nr. 11. listopad 1929.*

W przebiegu szkarlatyny zdarzają się zapalenia ucha środkowego 1) złośliwe nekrotyzujące i 2) dobrotliwe. Pierwsze, dawniej częste, jako powikłania późnych ciężkich angin streptodyfterytycznych są obecnie rzadkie i zdarzają się w trakcie angin wczesnych złośliwych. Powodują one szybko martwicę postępującą kości sutkowej i skalistej o ile nie kończą się śmiertelnie z powodu nekrozy błędnika i powikłań wewnątrzczaszkowych, spowodowanych głównie utrzymującą się zjadliwością łańcuszkowca, przechodzą w stadjum przewlekłego ropienia po uporaniu się z łańcuszkowcem przez organizm. W okresie pierwszym, niebezpiecznym i postępującym wskazany jest jaknajwcześniejszy zabieg operacyjny, bardzo radykalny i o ile możności z wyjałowieniem terenu. Duże usługi oddają obecnie w tym kierunku przesącze łańcuszkowców i miejscowe stosowanie promieni pozafiolkowych. Gdy okres zjadliwości minął, wskazane jest przeciwnie postępowanie wyczekujące aż do oddzielenia się martwaków. Łagodne zapalenia ucha występują jużto od samego początku łagodnych form szkarlatyny, jużto koło 20-go dnia i są wynikiem współdziałania infekcji mieszanych wychodzących z jamy nosowej i nosogardłowej. Głównym czynnikiem usposabiającym są tu adenoidy. Przeciwdziałanie polega na adenotomii zapobiegawczej lub leczniczej. Po pierwszej szkarlatyna przebiega, jak wykazuje statystyka, łagodniej, druga, którą należy

wykonać w 4-ym tygodniu — przed opuszczeniem pawilonu izolacyjnego, — ma trzy dodatnie skutki: 1) zapobiega przejściu zapalenia ucha w postać przewlekłą 2) zmniejsza szanse powikłań nerkowych, reumatycznych i adenopatji podostrej w okresie poszkarlatynowym, 3) zmniejsza ilość przenosicieli bakterji.

Wyleczenie zapalenia nerwu wzrokowego przez wycięcie muszli średniej i otwarcie szerokie zatoki klinowej przy braku klinicznych zmian jamy nosowej i zatok. (Nevrites optiques gueries ou ameliorees, en l'absence de toutelesion naso-sinusal par l'exerese du cornet moyen et la simple ouverture large du sinus sphenoidal). E. Escat. *Jw. Nr. 12 grudzień 1929.*

W wypadkach zapalenia nerwu wzrokowego o niejasnej etiologji, gdzie zachodzi podejrzenie pochodzenia luetycznego, należy nawet przy ujemnym wyniku badania rhinologicznego jak najwcześniej, o ile możności przed wystąpieniem atrofii nerwu, wykonać wewnątrznosowo wycięcie muszli średniej i otwarcie zatoki klinowej po stronie odnośnej. Korzystne wyniki wystąpią nawet przy zabiegu względnie późnym. Narkoza dla zabiegu i obieranie drogi operacji przez oczodół są tylko tylko wyjątkowo wskazane ze względu na młody wiek pacjenta lub szczególnia ciasne stosunki endonasalne, gdzie nawet podśluzowa resekcja przegrody nie uprzystępnia terenu. Osiem historji chorób objaśnia tezę autora.

A Schwarzbart.

B I B L J O G R A F J A

R. Porak. Les Syndromes Endocrines. *Doin et Cie. Paris, 1929, 554 str. Cena 90 fr.*

Dzieło powyższe obecnie ukazało się w drugiem powiększonem wydaniu, i zapewne również jak i pierwsze wydanie zostanie wkrótce wyczerpane, albowiem dziś może więcej niż kiedyindziej zaznacza się potrzeba wśród ogółu lekarzy podręcznika w sposób przejrzysty ujmującego zagadnienia klinicznych zespołów zaburzeń wydzielania wewnętrznego. Pozbawiona zbytniego balastu w postaci zbędnych już nieaktualnych poglądów i przytaczania bezkrytycznego niezliczonych źródeł piśmiennictwa, książka *Poraka* zwięźle, a jednak dla potrzeb ogólnych wystarczająco, szczegółowo, przedstawia poszczególne zaburzenia czynności gruczołów dokrewnych. Zaburzenia ze strony wzrostu, przemiany materji, ukrwienia, zmiany troficzne, skórne, a nawet stany psychiczne wynikłe na tym podłożu są szczegółowo omówione, przyczem nacisk świadomie położył autor na stronę kliniczną. Leczenie w miarę możności zostało uwzględnione. Książkę uzupełniają dwa rozdziały napisane przez *Chauvet'a* i *Sourdela*, a poświęcone stanom melancholicznym i zaburzeniom wielogruczołowym.

Dufourmentel. Chirurgie de l'articulation temporo-maxillaire. *Masson et Cie. 222 str., 69 rysunków. 1929 r. Cena 40 fr. fr.*

Staw żuchwowy dotychczas nie cieszył się popularnością, a otwarcie mówiąc, nawet ci, którzy zdawałoby się winni okazywać mu szczególne zainteresowanie t. j. chirurdzy, a zwłaszcza stomatolodzy również nie poświęcali mu tyle uwagi, na ile on niewątpliwie zasługuje. Z tego względu należy ze szczególnem uznaniem powitać monografję *Dufourmentel'a*, która wypełniając dotkliwą lukę, nie wątpliwie spotka się z zainteresowaniem i powitana będzie z radością przez wszystkich lekarzy zajmujących się stomatologją. Autor omawia stosunki anatomiczne, pewne osobliwości kliniczne stawu żuchwowego, następnie schorzenia zapalne, wady zgryzu, zesztywnienia, zwichnięcia i nadwichnięcia, wreszcie złamania żuchwy. Dość dokładne przedstawienie współczesnego lecznictwa (i operacyjnego) podnosi szczególnie zalety książki. Obfite zestawienie piśmiennictwa jest wielkiem ułatwieniem dla każdego, chcącego bliżej zapoznać się z tą dziedziną chirurgji. Graficzna strona bez zarzutu.

A. W.

Ch. Achard. L'oedème bright'que. *Stron 214 in 8-vo. Nakład: Doin et C-nie. Editeurs. Paris, 1929. Cena 30 fr. fr.*

Ostatnio wydane dziełko prof. *Achard*'a dzieli się na cztery części. Część pierwsza obejmuje anatomję patologiczną tkanek dotkniętych obrzękiem, skład chemiczny płynu obrzękowego oraz omawia różnice ilościowe niektórych ciał chemicznych we krwi, które spotyka się u osób dotkniętych obrzękiem w przebiegu nerczycy. Część druga (kliniczna) przedstawia ogólne cechy, umiejscowienie, częstość występowania zarówno obrzęków skóry (anasarca), jak i przesięków w jamach surowiczych. Następnie autor omawia szerzej obrzęk śluzówki oskrzeli, powikłania ze strony przewodu pokarmowego, obrzęk krtani, obrzęk płuc (i jego objawy oraz przebieg kliniczny), obrzęk opon mózgowych i mózgu oraz obrzęk siatkówki oka. Kolejno zajmuje się autor etjologją i szczegółową charakterystyką tych zmian w nerkach, którym towarzyszy obrzęk, poświęcając najwięcej miejsca nerczycy (nephrosis), przechodząc zaś do omówienia zatrzymania chlorków w ustroju, wagi ciała, ilości dobowej moczu i ciśnienia tętniczego, zastanawia się nad zdolnością obrzękową tkanek. Ostatni rozdział tej części omawia zespół obrzękowy w odniesieniu do klasyfikacji zapaleń nerek.

Trzecia część poświęcona jest patogenezie obrzęków i ta część jest najobszersza. Zwięzły i jasny jest wykład o składzie chemicznym krwi, o roli krystalloidów, roli błony djalizującej, wymianie między tkankami a krwią w warunkach fizjologicznych a następnie obszerniejsze omówienie poszczególnych czynników w stanach patologicznych (uszkodzenia chorobowe błony djalizującej, rola ciśnienia krwi w naczyniach włosowatych, krystalloidy, hipotetyczne połączenia organiczne, kolloidy białkowe, lipoidy, elektrolity. Szczegółowo jest omówiona, w osobnym rozdziale przemiana wodna w ustroju zdrowym i w obrzękach. Na końcu tej części znajdujemy syntezę omówionych, a tak bogatych w treść rozdziałów, oraz refleksje na temat obrzęków pochodzenia nerkowego i mocznicy.

Czwarta część zajmuje się leczeniem, które może być tylko objawowem (z wyjątkiem obrzęków spowodowanych zmianami nerkowemi natury kiłowej. Tu autor omawia: ograniczenie płynów przyjmowanych, djetę małosolną (wiele praktycznych wskazówek!), djetę bogatą w ciała azotowe, a wreszcie środki moczopędne (puryny, cukier, mocznik, chlorek wapnia, potas, związki rtęciowe, opoterapja), środki przeczyszczające, napotne, nasercowe oraz wypuszczanie przesięków i obrzęków.

Pierwsza, druga i czwarta część nie przynoszą wprawdzie rzeczy nowych, lecz wykład jest tak jasny, a przedstawienie poszczególnych objawów tak niezwykle plastyczne, że każdy lekarz z przyjemnością przeczyta te stronice, tembardziej, że przedmiot jest traktowany wyczerpująco.

Do powyższych wartości niniejszej książki, znamionujących zawsze tego znakomitego klinicystę (*Achard* jest członkiem najwyższej instytucji naukowej: Instytutu Francuskiego i jeneralnym sekretarzem Akademji Lekarskiej), dołączyć należy wartości trzeciej części, w której ściśle osobiste poglądy autora łączą się, uzupełniając, z najnowszymi poglądami szkoły anglosaskiej, niemieckiej i belgijskiej (*Gowaerts*). Autor jest zwolennikiem poglądów o pozanerkowem pochodzeniu obrzęków, operuje biegle pojęciami fizykalnej chemji, nie przeciążając przytem swego dzieła wzorami fizycznymi i matematycznymi, na co sam zakres książki nie pozwala. Przedstawienie tych poglądów jest jasne i łatwo zrozumiałe a nadto harmonijnie łączy się z własnemi badaniami i poglądami autora na t. zw. przez niego, system szczelinowy (système lacunaire), wypełniony płynem szczelinowym (zwanym też płynem międzykomórkowym, miąższowym (serosité interstitielle), który autor odróżnia od właściwej chłonki (lympha), znajdującej się w naczyniach chłonnych.

Jest rzeczą jasną, że dzieła tego rodzaju, jak niniejsze, mogą wywołać dyskusję ze strony zwolenników innych poglądów, choćby dlatego, że sprawa tworzenia się obrzęków pochodzenia nerkowego nie jest ostatecznie wyjaśniona. Tem nie mniej zdobyczy naukowych ostatnich lat nie można lekceważyć, gdyż poglądy te coraz więcej zyskują zwolenników; książka *Achard'a* ma zatem podwójną wartość dla lekarza praktyka, gdyż z jednej strony znajdujemy w niej piękny wykład kliniczny o obrzękach pochodzenia nerkowego oraz ich leczenie, z dru-

giej zaś strony jasne przedstawienie nowych poglądów teoretycznych na powyższą sprawę.

Zdzisław Gorecki (Warszawa).

Paul Petit-Dutaillis. Przewlekłe zaburzenia czynnościowe i odżywcze w ginekologji. (Troubles fonctionnels et dystrophies á l'état chronique en gynécologie. Avec 185 figures dans le texte. Préface de René Leriche). *Paris. Lib. Octave Doin 1928, pages 466.*

Autor powyższego dzieła, wybitny ginekolog, chirurg szpitala St Michel w Paryżu, daje przejrzysty zarys fizjopatologji narządów rodnych kobiecych i wyczerpujące wskazówki lecznicze do zwalczania tak licznych zaburzeń sfery płciowej u kobiet. Wieloletnie doświadczenie, sumienna, pełna współczucia obserwacja chorych przekonała go, że w ocenie i rozpoznaniu chorób kobiecych punkt widzenia anato mo-patologiczny jest nie wystarczający, często błędny. Śmiało tedy wstąpił na drogę, którą kroczy od początku XX wieku ginekologja. a która czynność narządu rodnego kobiecego ściśle wiąże i uzależnia od funkcji całego ustroju. Trzy układy ustrojowe mają wpływ przemożny na prawidłowe, jak również i na odbiegające od normy patologiczne czynności narządu rodnego, mianowicie układ dokrewny, układ współczulny (naczynioruchowy) i układ psychonerwowy. Po dokładnem omówieniu stosunku każdego z tych układów do zmian cyklicznych jajnika i macicy, po wyłożeniu źródeł etjologji i podstaw diagnostyki różniczkowej licznych objawów chorobowych narządów w miednicy położonych autor podaje bogaty arsenał środków leczniczych farmakologicznych, organoterapeutycznych i psychoterapeutycznych.

185 rysunków ilustruje wywody i rozważania autora. Obejmują one anatomję, histopatologję narządów rodnych, diagnostykę, jak również szereg operacji, przeważnie zachowawczych, nowszej daty, mających na celu ułatwienie zajścia w ciążę dalej operacji plastycznych oraz sympaektomję modo *Leriche.*

Styl jasny, żywy, obrazowy, mnóstwo cytat i sentencji znakomitych lekarzy i filozofów sprawia, że książka czyta się łatwo bez zmęczenia, z niesłabnącem do samego końca zainteresowaniem. Posiew nowych myśli, tak bardzo odbiegających od uświęconych kanonów urzędowej ginekologji, czynią książkę d ra *Dutaillis* godną jak najszerszego rozpowszechnienia w świecie ginekologicznym.

L. Lorentowicz

Dr. W. Miklaszewski. Rak, jako choroba społeczna — w świetle ankiety ogólno-polskiej 1925 r. *Wydawnictwo Polskiego Komitetu do Zwalczania Raka. Serja Naukowa Nr. 6. Z zapomogi Departamentu Służby Zdrowia Minist. Spraw Wewn. Warszawa 1929 r.*

W dobie dzisiejszej powszechnego zainteresowania się sprawą raka, już nie tylko specjalistów - lekarzy, ale wogóle wszystkich warstw społeczeństw całego świata, jest ogromną zasługą autora wprowadzenie na porządek dzienny zagadnienia tego i na terenie Polski.

Wnioski swoje wyprowadza autor na podstawie przeprowadzonej przez siebie statystyki z roku 1923 i dwu pierwszych miesięcy 1925.

W porównaniu z innemi państwami, zwłaszcza z Ameryką i Europą Zachodnią liczba guzów złośliwych w Polsce jest niewielka. Zależy to zdaje się, w pierwszym rzędzie od niższego wieku przeciętnej śmiertelności ludzi u nas, co. z kolei, jest następstwem szalejącej u nas gruźlicy (na jednego rakowatego przypada 48-75 gruźlików). Duża odsetka ludzi w Polsce wprost nie dożywa (z powodu gruźlicy) tego wieku, kiedy mogłaby zapaść na raka.

Sprawa rozpoznawania raka wogóle przedstawia dużo do życzenia, a już co do wczesnego rozpoznania — to jest zupełnie źle, zresztą nietylko u nas, ale i wszędzie na Zachodzie.

W etjologji schorzenia czynniki osobiste, rodzinne, grupowe (rasa, naród) nie grają, zdaje się, większej roli; wyraźniejsze znaczenie okazują czynniki czysto zewnętrzne — społeczne, zawodowe.

Pracę swą (98 stron druku) autor podzielił na 4 działy: 1) Ankieta w sprawie raku, 2) Charakterystyka ogólna chorych, dotkniętych nowotworami złośliwemi, 3) Nowotwory złośliwe poszczególnych narządów, 4) Wnioski ogólne. Praca ta daje wyczerpujący pogląd na kwestję raka w Polsce z punktu widzenia społeczno-

lekarskiego i dlatego też powinni się nią zainteresować wszyscy ci, którym dobro społeczne leży na sercu — czy to ze względów zawodowych, czy też osobistego zamiłowania. Zważywszy zaś te ogromne nieraz, trudności, na jakie natrafia autor na drodze zdobywania danych statystycznych, wytrwałość jego budzi tem większy podziw, a praca — tem większy szacunek:

M.

K R O N I K A

Program Kursu Ogólnodokształcającego dla Lekarzy przy Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego. Kurs będzie trwał od dnia 27 marca do 9 kwietnia 1930 r. włącznie. Na kurs złożą się wykłady i zajęcia praktyczne, żywo obchodzące lekarzy-praktyków pod względem rozpoznawczym i leczniczym.

Szczegółowy program będzie doręczony poszczególnym uczestnikom kursu, jak również osobom zainteresowanym bądźto pocztą, bądźto osobiście. Posiadający karty uczęstnictwa, otrzymane po uregulowaniu należności, mają prawo osobiście zgłosić swój udział w internacie w Klinice Położniczo-Ginekologicznej. Zwyczajem lat ubiegłych uczęstnicy kursu mają prawo korzystania ze zniżek kolejowych w drodze powrotnej, będą mieli zapewnione mieszkania w Warszawie po cenach umiarkowanych oraz otrzymają zaświadczenia z odbycia kursu.

Wykaz wykładów: A. Z medycyny wewnętrznej: 1) Doc. dr. W. Filiński—Rozpoznawanie i leczenie choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy — 2 godz. 2) Doc. dr. W. Filiński — Kiła układu krążenia—2 godz. 3) Doc. dr. L. Karwacki—Bakterjoterapja w leczeniu gruźlicy—1 godz. 4) Dr. J. Misiewicz—Odma sztuczna—2 godz. 5) Dr. J. Misiewicz—Leczenie gruźlicy w warunkach domowych—2 godz. 6) Prof. dr. W. Orłowski — Niewydolność krążenia i jej leczenie — 3 godz. 7) Prof. dr. M. Semerau-Siemianowski — Pokowanie w różnych zaburzeniach krążenia — 2 godz. 8) Prof. dr. E. Żebrowski — Znaczenie rozpoznawanych objawów osłuchowych ze strony serca (z pokazami chorych)— 2 godz. B. Z chorób dziecięcych: 1) Doc. dr. M. Erlich — Djagnostyka i terapja cierpień jelitowych wczesnego dzieciństwa — 2 godz. 3) Prof. dr. M. Michałowicz –Odżywianie niemowląt—4 godz. 4) Doc. dr. Sparrow — O szczepieniach przeciwbłoniczych i przeciwpłoniczych — 1 godz. 5) Prof. dr. W. Szenajch—Klinika i leczenie chorób zakaźnych— 2 godz. 6) Prof. dr. W. Szenajch — Walka z zakażeniami wewnątrzszpitalnemi wraz z pokazem szpitala Karola i Marji—1 godz. C. Z ginekologji i położnictwa: 1) Doc. dr. H. Beck—Krwotoki maciczne—4 godz. 2) Prof. dr. A. Czyżewicz—Wskazania do przerwania ciąży — 1 godz. 3) Prof. dr. A. Czyżewicz — Niepłodność: przyczyny i leczenie — 1 godz. 4) Doc. dr. H. Gromadzki — Leczenie nie operacyjne spraw zapalnych w ginekologji—4 godz 5) Doc. dr. L. Lorentowicz—Upławy i ich leczenie— 2 godz. 6) Doc. dr. Z. Monsiorski — Skrzywienie i przemieszczenie macicy (przyczyny i leczenie) — 3 godz. D. Z chirurgji: 1) Prof. dr. A. Lesniowski — Postępowanie lecznicze w kamicy nerkowej i moczowodowej — 1 godz. 1) Prof. dr. A. Leśniowski—Przewlekłe przewężenie jelit — 1 godz. 3) Doc. dr. J. Mossakowski — Stanowisko chirurgji współczesnej w sprawie zapobiegania i leczenia tężca — 1 godz. 4) Prof. dr. Z. Radliński — Rak sutka—1 godz. 5) Prof. dr. Z. Radliński—Wczesne rozpoznanie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego—1 godz. 6) Prof. dr. Z. Radliński—leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc (z demonstracjami phrenicoexhairesis przez dr. Piaseckiego)—1 godz. 7) Dr. J. Rutkowski—Przetaczanie krwi — 2 godz. 8) Doc. dr. B. Szerszyński — Zasady djagnostyki urologicznej—2 godz. 9) Doc. dr. A. Wojciechowski—O leczeniu guzów krwawniczych wstr ykiwaniami — 1 g. 10) Dr. J. Zaorski — Leczenie żylaków i owrzodzeń goleni z demonstracjami — 1 godz. E. Z neurologji: 1) Dr. S. Leśniowski — Nowoczesne sposoby leczenja chorób kiłowych układu nerwowego ze szczególnem uwzględnieniem leczenia malarją — 1½ godz. 2) Dr. J. Morawiecka — Klinika wczesnych okresów cho ób kiłowych układu nerwowego— 1½ godz. F. Z rentgenologji: 1) Doc. dr. A. Elektorowicz—Rentgenodjagnostyka kliniczna narządów klatki piersiowej — 2 godz. 2) Doc. dr. A. Elektorowicz — Rentgenodjagnostyka przewodu pokarmowego — 2 godz. G. Ogólne: Dr. M. Stawiński—lecznictwo kasowe oraz stosunek kasy do administracji i do ubezpieczonego — 1 godz.

Kurs odbędzie się, o ile się nań zgłosi do 15 marca b. r. przynajmniej 30 osób. Opłata ryczałtowa za całkowity kurs wynosi 75 złotych; dla asystentów i hospitantów klinik i oddziałów szpitalnych m. st. Warszawy 30 złotych. Zgłoszenia, wszelkie zapytania informacyjne i wpłaty pieniężne należy kierować do sekretarza kursu pod adresem: Dr. Stanisław Hrom, asystent II Kliniki Chorób Wewn. U. W.—Warszawa, Szpital Dzieciątka Jezus Nowogrodzka 59.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Orzechowska 4. Tel. 420-90.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8. kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU